

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº7



TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBSF N-42, Manaus/AM

Elaine PadrinoVillate

Pelotas, 2015

Elaine Padrino Villate

Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBSF N-42, Manaus/AM.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde da Família
EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a
Universidade Aberta do SUS, como
requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Camila Dallazen

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catálogo na Publicação

V726m Villate, Elaine Padrino

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na Ubsf N-42, Manaus/AM / Elaine Padrino Villate; Camila Dallazen, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

99 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Dallazen, Camila, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus familiares e esposo, que cada dia me motivam para continuar neste momento de minha vida profissional.

Agradecimentos

A todos os professores que possibilitaram a minha formação e superação através do curso.

Resumo

Villate, Elaine Padrino. **Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBSF n-42, Manaus/AM**. 2015. 97f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A população idosa no mundo tem aumentado em um processo acelerado e, consequentemente, tornando a presença destes usuários nas unidades básicas de saúde cada vez mais frequentes. Corresponde aos médicos atuantes na atenção básica grande parte do cuidado à saúde destes usuários, garantindo a prevenção, promoção, cuidados e reabilitação da saúde desde este cenário. Por estes motivos se justifica a realização da presente intervenção a qual teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas da população adstrita à UBSF N-42. O presente trabalho trata-se de uma intervenção que foi realizada na Unidade de Saúde da Família N-42. Para implantar a intervenção, realizou-se ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Foi alcançada durante a intervenção um 33,4% (128 idosos) de cobertura de atendimento. Para 100% dos idosos foi realizada a avaliação multidimensional rápida, o exame clínico adequado, a verificação da pressão arterial assim como a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Foi feita a solicitação de exames para 100% dos idosos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial. Foi realizada primeira consulta odontológica para 21,9% de idosos atendidos. Foi atualizada ficha espelho e entregue a caderneta de saúde do idoso para 100% dos participantes. Todos foram orientados em relação à adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis e realização de exercício físico. Foi uma intervenção que teve um grande significado para a comunidade sendo que contribuiu ao melhoramento da qualidade de vida destas pessoas. Para o serviço representou uma ferramenta que organizou e qualificou nosso processo de trabalho e teve grande impacto na nossa superação profissional. A intervenção terá continuidade e será expandida para as demais ações programáticas de modo a qualificar toda a atenção à saúde prestada a população da área de abrangência da UBSF N-42.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Sala de recepção da Unidade Básica de Saúde da Família N-42	13
Figura 2	Sanitário para os usuários da Unidade Básica de Saúde da Família N-42	14
Figura 3	Consultório médico da Unidade Básica de Saúde da Família N-42	14
Figura 4	Farmácia da Unidade Básica de Saúde da Família N-42	15
Figura 5	Reunião da equipe para organização da intervenção na Unidade Básica de Saúde da Família N-42	57
Figura 6	Atividade de treinamento da equipe da Unidade Básica de Saúde da Família N-42	58
Figura 7	Atividade coletiva de idosos com seus familiares na Unidade Básica de Saúde da Família N-42	59
Figura 8	Atividade coletiva com idosos na Unidade Básica de Saúde da Família N-42	60
Figura 9	Atividades coletivas sobre saúde bucal na Unidade Básica de Saúde da Família N-42	61
Figura 10	Atendimento clínico para idosos na Unidade Básica de Saúde da Família N-42	62
Figura 11	Atendimento para idoso com problema de locomoção no domicílio	63
Figura 12	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBSF N-42.	69
Figura 13	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes	74
Figura 14	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	75
Figura 15	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa	77
Figura 16	Proporção de idosos com orientação individual de cuidados	81

de saúde bucal em dia

Figura 17	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBSF N-42	88
Figura 18	Confecção de relatório para a comunidade na Unidade Básica de Saúde da Família N-42	89

Lista de abreviaturas

ACS	Agente comunitário da Saúde
AM	Amazonas
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPV	Vírus de Papiloma Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PSE	Programa de Saúde na Escola
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo Uterino
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFPeL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	26
2.2.1 Objetivo geral.....	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	47
2.3.3 Logística.....	52
2.3.4 Cronograma	56
3 Relatório da Intervenção.....	57
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	57
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	64
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	66
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	66
4 Avaliação da intervenção.....	68
4.1 Resultados	68
4.2 Discussão.....	82
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	86
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	88
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	90
Referências	92
Anexos	93

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) N-42, Manaus/AM.

Na primeira seção será apresentada a análise situacional na qual foram contemplados a análise inicial sobre a situação da UBSFN-42, Manaus/AM, o relatório da análise situacional e, por fim, um comparativo entre a análise inicial e o relatório da análise situacional.

Na segunda seção será descrita a análise estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma de execução do projeto de intervenção.

Na terceira seção será apresentado o relatório de intervenção, no qual serão apresentadas as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e, por fim, a análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço.

Na quarta seção será contemplada a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão, o relatório que será apresentado aos gestores e o relatório a ser apresentado à comunidade local.

Na quinta seção será apresentada a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, na última seção, será apresentada a bibliografia utilizada durante a elaboração do presente trabalho, e ao final os anexos e apêndices que foram utilizados e produzidos durante a intervenção.

Finalizando encontram-se os anexos utilizados para a realização do trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde N-42, onde atuo como médica pelo Programa Mais Médicos está localizada no município de Manaus, estado do Amazonas, no bairro Cidade de Deus, Distrito Norte da cidade. Atende uma população urbana de 3.834 pessoas de uma comunidade de baixa condição socioeconômica e que precisa de atendimento médico.

É uma UBS bem estruturada do ponto de vista físico. Contamos com uma farmácia, um laboratório, onde são feitas coleta de material para exame uma vez por semana, sala de procedimentos, sala para os agentes comunitários de saúde (ACS), um consultório médico, um consultório de enfermagem, dois banheiros para os usuários e um para uso de funcionários da unidade, uma sala de nebulização, uma sala de vacinação a qual conta com as condições necessárias para o armazenamento das vacinas, um consultório odontológico e uma recepção, onde ocorre o acolhimento do paciente. Toda a unidade é climatizada com paredes, pisos e janelas em boas condições.

Em relação aos profissionais que trabalham na UBS, contamos com seis ACS, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, um médico, um cirurgião dentista, uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e uma auxiliar encarregada da limpeza da unidade.

A situação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Atenção Primária à Saúde (APS) no meu serviço tem um trabalho voltado para a resolução dos problemas de saúde do indivíduo e da família. Em minha comunidade, é possível observar uma população de baixo nível econômico, associado a diversos problemas sociais, principalmente a gravidez durante a adolescência, o que pode levar ao abandono escolar, constituindo verdadeiros desafios para nossa equipe de saúde. Além disso, existem outros problemas na comunidade que nossa equipe trata de resolver com o trabalho diário e constante focado na satisfação da população.

Para evitar situações como essas, a equipe leva a cabo ações cujo objetivo fundamental é o de sensibilizar a população quanto a temas como os riscos de uma

gravidez na adolescência, o estudo como principal ferramenta para melhorar a nossa qualidade de vida, consumo de drogas e outros que afetam a saúde dos indivíduos. Além disso, referimos aos pacientes sobre a importância de uma alimentação saudável relacionada com a prática diária de exercício físico de maneira a evitar o aparecimento de doenças.

Também é importante destacar que nossa relação com a comunidade é reforçada através das visitas domiciliares que são feitas todas as semanas com o objetivo de saber as condições de vida da população e para realizar ações educativas. O nosso trabalho está dirigido à prevenção, promoção e recuperação da saúde. As consultas são agendadas para atender a todos os grupos priorizados como as gestantes, diabéticos, hipertensos, atenção à saúde da mulher, do homem, do idoso, da criança e adolescentes. Além disso, realizamos consultas de demanda espontânea e se realizam consultas de planejamento e exames citopatológicos, as quais são feitos de acordo com o programa de prevenção do câncer colo-uterino. Em relação ao funcionamento do atendimento odontológico na unidade, as consultas são feitas durante toda a semana, de segunda a sexta, com o objetivo de melhorar a saúde bucal da comunidade. Realizam-se as consultas atendendo todos os programas priorizados, tais como saúde da mulher, do idoso, atendimento para grávidas, hipertensos, diabéticos e também o programa de saúde escolar. Além disso, se realizam palestras educativas todas as semanas como parte da prevenção da saúde bucal.

Nossa equipe sabe que ainda existe muito por fazer, o que é um grande desafio. Para isso, o principal passo é motivar nosso trabalho para melhorar o atendimento e conseguir cada dia maior satisfação da população e melhor qualidade de vida. Para atingir esses objetivos a equipe tem que trabalhar de forma cooperativa com todo o humanismo e dedicação que caracteriza a nossa profissão.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Manaus, capital do estado do Amazonas, possui população de cerca de 2 milhões de habitantes, sendo a sétima cidade mais populosa do Brasil, segundo levantamento realizado pelo IBGE em 2014 e apresentando rica diversidade cultural. O sistema de saúde é organizado através da divisão do município em 5 distritos:

Distrito Norte, com população de 551.149 habitantes, Distrito Sul, com 483.156 habitantes, Distrito Leste, com 492.729 habitantes, Distrito Oeste, com 442.107 habitantes e Distrito de Saúde Rural. Ao todo, existem 238 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 146 delas com implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), 81 UBS com ESF incluindo Equipe de Saúde Bucal (ESB), 3 ESF Ribeirinhas com ESB, 5 ESF transitórias, 1ESF fluvial e 2 ESF fluviais com ESB. Manaus conta com 14 Hospitais públicos, entre eles o Instituto de Saúde da Criança do Amazonas e a Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado, sendo este último um hospital de referência nacional em doenças tropicais. Na zona leste da cidade estão localizadas as 3 UBS que contam com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Manaus também conta com 4 Centros de Atenção Psicossocial(CAPS), onde é oferecida atenção para aqueles pacientes que fazem uso de drogas e com outros problemas sociais, sendo um deles infantil, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 9 unidades de suporte avançado, 1 centro especializado de reabilitação, que conta com atendimento de fisioterapia e equipamentos necessários para a recuperação de pacientes com sequelas, 3 unidades móveis odontológicas e 3 unidades de suporte avançado fluvial, onde através de barcos os serviços de saúde são oferecidos para as comunidades mais isoladas, dotadas de uma equipe multidisciplinar constituída por médico, dentista, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, técnicos de laboratórios e de enfermagem. A cidade conta também com 3 Centros de Especialidades Odontológicas para toda a população, além de mais um que está em construção. Existem 9 laboratórios clínicos onde se realizam os exames solicitados nas UBS e em outros níveis de atenção. Para o atendimento da Saúde da Mulher, Manaus conta com 4 unidades móveis ligadas ao projeto Carreta da Mulher, que oferece atendimento médico especializado à mulher, com realização de exames citopatológicos, mamografias e planificação familiar.

A Unidade Básica de Saúde da Família N-42, onde atuo, deve seu nome à ordem em que foi construída e está situada na região norte do município de Manaus. Localiza-se em uma comunidade urbana e tem como modelo de atenção a Estratégia de Saúde da Família. Contamos com uma equipe de saúde integrada por uma médica, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma higienizadora, além da Equipe de Saúde Bucal composta por um cirurgião dentista e uma auxiliar de saúde bucal (ASB). A equipe

tem como objetivo principal oferecer um atendimento de qualidade à população, procurando sempre a solução dos problemas apresentados pelo usuário e suas famílias. Temos um processo de trabalho organizado de modo a atender todas as ações programáticas como saúde da mulher, saúde do homem, saúde dos portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, atenção aos idosos, às gestantes, crianças e adolescentes. Na área de abrangência da unidade, existe uma escola localizada muito perto da UBS, cuja vinculação está evidenciada por meio das atividades educativas e assistenciais que oferecemos para todas as crianças de idade pré-escolar e escolar. Além disso, a equipe, através das visitas domiciliares, busca maior vínculo com a comunidade. Recentemente, a UBS teve sua estrutura reformada e conta com uma sala para recepção pequena, que não cumpre com os parâmetros estabelecidos para o acolhimento dos usuários com a privacidade que precisam segundo o Manual de Estrutura Física das UBS do Ministério da Saúde, 2008. Além disso, a ausência de sala de espera dificulta o fluxo adequado dos pacientes, assim como seu conforto, o qual constitui uma grande limitação. Da recepção, partem dois corredores, um à direita e outro à esquerda, onde ficam localizadas as demais salas.

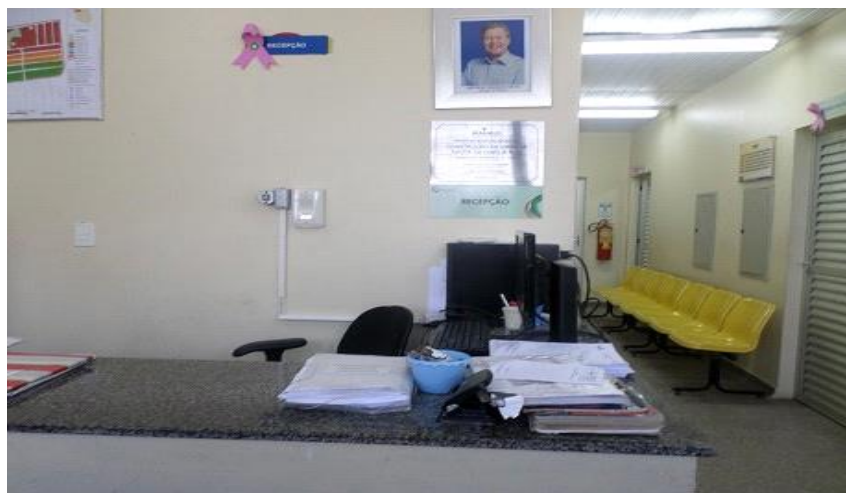


Figura 1. Sala de recepção da Unidade Básica de Saúde da Família N-42.

Existem dois banheiros para usuários com boas condições, sendo adaptado para pessoas com deficiência física.



Figura 2. Sanitário para os usuários da Unidade Básica de Saúde da Família N-42.

Os procedimentos de nebulização e coleta de amostras para exames laboratoriais compartilham o mesmo local, mas ambos são realizados com as normas adequadas. Contamos com um consultório médico localizado em um lugar de fácil acesso, com condições para oferecer um atendimento adequado e um consultório de enfermagem que possui uma mesa para exame clínico que permite o exame ginecológico e, portanto, a realização do exame citopatológico. Todavia, os consultórios não possuem banheiro.

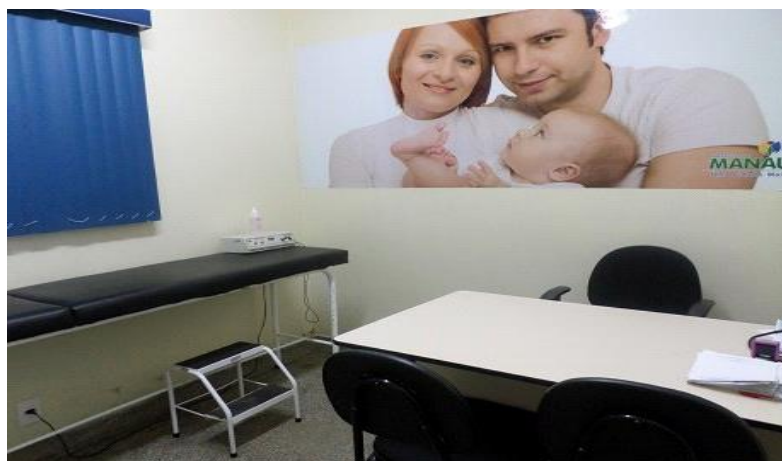


Figura 3. Consultório médico da Unidade Básica de Saúde da Família N-42.

O consultório odontológico tem estrutura adequada, sendo o local de maior tamanho da UBS. Temos uma sala de vacinação muito bem climatizada e equipada de acordo com a atividade realizada neste local, uma sala para esterilização e uma

sala de procedimentos pequena, porém bem equipada, onde são feitas atividades como triagem e curativos. A farmácia também é pequena e é onde são feitos o armazenamento e dispensação dos medicamentos.



Figura 4. Farmácia da Unidade Básica de Saúde da Família N-42.

Contamos também com uma sala para os ACS com dois computadores, três cadeiras, duas mesas e um arquivo, onde estes profissionais desenvolvem suas atividades diárias. Existe um banheiro para funcionários em boas condições e uma copa/cozinha de dimensões pequenas. Não contamos com sala de reuniões, mas a sala dos ACS é usada para realizar esta atividade. Não existem escadas que dificultem o acesso de pessoas com deficiências, porém, os corredores não contam com corrimãos. Todos os locais da unidade dispõem de janelas de vidro e alumínio que possibilitam a ventilação. A unidade conta com uma boa climatização e com iluminação natural caso seja necessário. Existe sinalização visual dos ambientes e as paredes e pisos são adequados e laváveis.

Em relação às atribuições dos profissionais, os ACS têm papel importante no processo de trabalho na unidade, sendo fundamentais na ligação entre todos os integrantes da equipe e a comunidade, pois é através destes que são fornecidas as informações necessárias sobre os usuários e suas famílias. Além do atendimento clínico, a equipe realiza ações educativas, de prevenção e promoção da saúde em locais da comunidade como escolas e igrejas e também na própria unidade, onde participam todos os profissionais. Porém, percebe-se como necessidade a realização de atividades de capacitação para o trabalho para que este seja cada vez mais qualificado. Para o melhor planejamento das ações, vemos como principal limitação o fato de a comunidade não contar ainda com um conselho local de saúde

definido para auxiliar na tomada de decisões. Porém, continuamos com o trabalho dirigido à construção de grupos deste tipo na comunidade. São realizadas as reuniões da equipe com o objetivo de tratar os principais problemas detectados no desenvolvimento do trabalho e planejar em conjunto as ações de acordo com as atribuições de cada profissional.

A UBSF N-42 atende uma população adstrita de 3.834 habitantes, sendo que 1.958 são do sexo feminino e 1.876 do sexo masculino. A população está distribuída da seguinte maneira, de acordo com as faixas etárias: 288 usuários de 0 a 4 anos, 904 de 5 a 14 anos, 2.382 de 15 a 59 anos e 250 maiores de 60 anos. Estes dados se referem ao ano de 2013 e atualmente a população está sendo recadastrada. Todavia, o tamanho da população adstrita à UBS é adequado para a equipe de saúde.

O acolhimento à demanda espontânea na unidade ocorre nos dois turnos de atendimento e envolve todos os membros da equipe, que realizam a escuta dos problemas dos usuários. Não existe um local adequado para esta atividade, que ocorre na recepção, local bastante pequeno. O profissional realiza a classificação das queixas e encaminha para o atendimento médico, odontológico ou de enfermagem, de acordo com o caso. O excesso da demanda espontânea ocorre com frequência na unidade, mas a equipe busca fazer as devidas orientações ao paciente, identificar e classificar os riscos adequadamente e priorizar os casos necessários. Segundo a situação de cada usuário, a equipe orienta e decide se precisa atendimento em outro nível após o atendimento médico ou se é possível o agendamento de consulta para outro dia, o que constitui uma estratégia da equipe para lidar com o excesso de demandas espontâneas.

A Equipe de Saúde Bucal, constituída por um cirurgião dentista e uma Auxiliar de Saúde Bucal, realiza suas atividades de forma integrada às ações programáticas desenvolvidas na unidade e tem as consultas programadas e realizadas com agendamento prévio. São realizados procedimentos como profilaxia, raspagem, restauração, extrações e aplicação de flúor. Os pacientes com necessidade de procedimentos especializados que não podem ser realizados na atenção básica são encaminhados para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Não é disponibilizado serviço de próteses dentárias. A equipe de saúde bucal também oferece atendimento à demanda espontânea, porém, geralmente não existe excesso de demanda para esse tipo de atendimento. As

atividades em grupo relacionadas à saúde bucal são realizadas em um dia da semana através das palestras educativas realizadas em diferentes instituições da comunidade como escolas e igrejas e também na própria unidade. As atividades desenvolvidas no ambiente escolar fazem parte do Programa Saúde na Escola.

Em relação ao atendimento das crianças na unidade temos cadastradas e em acompanhamento 35 crianças menores de um ano de idade, significando uma cobertura de 43%, levando em consideração a população estimada para este grupo. Das crianças cadastradas, 40% tiveram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida e 71% estão com consultas de acompanhamento em dia. Todas as crianças cadastradas realizaram o teste de pezinho, sendo que este exame é feito na maternidade para todos os recém-nascidos. A triagem auditiva foi realizada em 94% dos lactentes. Durante cada consulta foi avaliado o crescimento e desenvolvimento de 100% das crianças através das medidas antropométricas e do desenvolvimento psicomotor, preenchidos na caderneta da criança. Temos 89% das crianças com o esquema vacinal em dia, mas todas as mães são orientadas sobre esta atividade em cada consulta, assim como todas são orientadas sobre a prevenção de acidentes. As mães também são orientadas sobre a importância do aleitamento materno até o sexto mês de vida da criança. O atendimento para esta ação programática ocorre na unidade tanto para as crianças da nossa área quanto para as de fora do território adstrito e segue o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde através do Caderno nº 33 – Saúde da Criança. As ações de puericultura envolvem diagnóstico e tratamento de problemas clínicos de saúde e são desenvolvidas pela médica em conjunto com a enfermeira, sendo esta última quem geralmente realiza a captação do recém-nascido. Nas consultas, também são feitas ações voltadas à prevenção de anemia, promoção do aleitamento materno e de hábitos alimentares saudáveis. O cuidado odontológico ocorre através de consultas organizadas pelos ACS de cada micro-área, além das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), onde são identificadas as crianças que precisam atenção odontológica e encaminhadas para consulta na unidade. Como parte do programa também realizamos atividades educativas onde todos os profissionais da equipe abordam a importância dos cuidados da saúde de acordo com a idade de cada criança. A imunização é realizada de acordo com o calendário vacinal da criança e sempre é solicitada e preenchida a caderneta da criança, avaliando cada aspecto do desenvolvimento e crescimento da mesma, repassando as informações às mães. Na

UBS estão implementados os programas Bolsa de Família, Saúde de Ferro, Vitamina A e Leite de Meu Filho. Todas as consultas são registradas nos prontuários clínicos individuais, nas fichas odontológicas e nas fichas de registro das vacinas. Estes registros são armazenados em arquivo específico para estes prontuários, que são revisados periodicamente com o objetivo de avaliar a qualidade das ações. No caso de crianças de 0 a 2 anos, as mães têm tido pouca adesão ao atendimento na UBS, já que na maioria dos casos tem preferência pelo atendimento no Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC).

Em relação à atenção pré-natal existem 55 grávidas acompanhadas na unidade, o que representa 96% de cobertura de acordo com o número estimado para este grupo. De acordo com os registros da UBS, 78% destas gestantes estão com consultas de acompanhamento em dia e 100% têm indicados os exames laboratoriais na primeira consulta de captação. Todas as grávidas estão com o esquema vacinal atualizado para vacina antitetânica, ao contrário da vacina para Hepatites B, onde temos 78% das grávidas com esta vacina administrada. Em relação ao exame ginecológico trimestral, apenas 55% tem este exame em dia. Durante cada consulta, 100% das gestantes são orientadas sobre a importância da realização do exame bucal como forma de atender integralmente à grávida, embora só 73% o tenham feito. A atenção pré-natal é realizada um dia da semana nos dois turnos de atendimento e segue o protocolo do Ministério da Saúde, através do Caderno 32 de Atenção Básica, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. As consultas são agendadas e feitas em conjunto pela médica e pela enfermeira, além do atendimento odontológico. Nas consultas são feitas solicitações de exames, prescrições de suplementação com sulfato ferroso, orientações gerais, principalmente sobre aleitamento materno, realização das imunizações de acordo com o esquema vacinal para gestantes, diagnóstico precoce e tratamento de problemas clínicos de saúde geral, bucal e mental. Para aquelas avaliadas com alto risco gestacional, é possível realizar o encaminhamento necessário para que o cuidado ocorra em um nível de atenção especializada. Todos os profissionais participam das ações educativas para promover uma gestação saudável, com enfoque à importância do exercício físico e da alimentação adequada, assim como evitar o uso de drogas e álcool durante a gravidez. O atendimento odontológico se dá através de agendamento organizado pelos ACS e o acompanhamento ocorre até a conclusão do tratamento. Em cada consulta, os atendimentos são registrados nos

prontuários individuais das gestantes, além do formulário especial do pré-natal, fichas odontológicas e registro das vacinas. O arquivo específico para o armazenamento dos prontuários é revisado periodicamente com a finalidade de levar o controle da qualidade dos atendimentos. De maneira geral é importante destacar que na unidade de saúde o acompanhamento do pré-natal funciona de forma adequada, mas cabe ressaltar que a maior dificuldade ainda é a captação precoce, já que a maioria das grávidas buscam nosso serviço com mais de 12 semanas de gestação. Além disso, seria interessante a inclusão de um nutricionista para a avaliação e orientação das gestantes.

No atendimento à saúde da mulher, no momento, temos cadastradas 420 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de nossa área de abrangência, que significa uma cobertura de 52% para o programa de prevenção de câncer de colo de útero, evidenciando que a equipe deve seguir trabalhando no sentido de cadastrar a totalidade da população desta faixa etária. Destas mulheres, apenas 37% está com exame citopatológico em dia, o que indica que não existe um adequado controle do programa. Portanto, fica clara a necessidade de identificar e buscar as mulheres que devem realizar este exame. Felizmente, apenas 1% apresentou alteração do resultado do exame. Foram avaliadas 8% das mulheres em relação ao risco de desenvolvimento de câncer de colo de útero e 41% receberam orientação sobre prevenção de câncer deste tipo e de doenças sexualmente transmissíveis (DST). As ações do Programa Saúde da Mulher são voltadas à prevenção do câncer de colo do útero e ocorrem em um dia da semana nos dois turnos de atendimento através de consultas agendadas. As consultas seguem o protocolo do ministério da Saúde e são realizadas pela médica e pela enfermeira, que faz a coleta de amostras para exame citopatológico, tanto para mulheres da área de cobertura, quanto para aquelas que não pertencem ao nosso território. Cada profissional da unidade aproveita o contato com as usuárias para verificar se elas têm necessidade de realizar o exame preventivo, sendo desta forma captadas as mulheres que não estão incluídas no programa. Não existem atividades coletivas específicas para este grupo na unidade, porém, nas consultas as usuárias são orientadas individualmente sobre a importância da realização do exame preventivo para a detecção precoce do câncer de colo do útero, seus fatores de risco, uso do preservativo nas relações sexuais como forma de prevenir doenças sexualmente transmitidas, inclusive a infecção pelo vírus de HPV. Também são orientadas sobre os malefícios que

provoca o uso de tabaco e sua influência nessas patologias. Estes temas também são abordados durante as palestras realizadas nas escolas e outras instituições para oferecer conhecimentos em relação ao assunto saúde da mulher. Na unidade temos um arquivo específico onde são armazenados os resultados dos exames realizados, que é supervisionado pela médica e pela enfermeira sem uma periodicidade definida. A coordenação e o monitoramento do programa são realizados por estas profissionais e as fontes utilizadas são os prontuários clínicos, o SIAB, os registros específicos e o SISCOLO, com o objetivo de verificar sua qualidade. Uma estratégia para melhorar os indicadores é trabalhar junto aos ACS, fazendo o seguimento de cada micro-área. Também é necessária a confecção de registros específicos que permitam controlar a quantidade de exames realizados com resultados alterados.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama, temos cadastradas na unidade 124 mulheres na faixa etária de 50 a 59 anos que pertencem a nossa comunidade, demonstrando uma cobertura de 66% para o controle do câncer de mama. Entretanto, apenas 42% dessas mulheres têm o exame de mamografia em dia e 70% passaram pela avaliação do risco de câncer de mama e receberam orientações para sua prevenção. Também são feitas ações para seu rastreamento através do exame clínico e da solicitação de mamografias, realizadas em todos os dias da semana e em todos os turnos de atendimento, através da médica e da enfermeira da unidade. Durante as consultas, as mulheres são orientadas sobre a realização do auto-exame, identificação de sinais de alerta, importância de uma alimentação adequada, realização de exercício físico para controle do peso corporal e necessidade de evitar hábitos como o uso de álcool pelos malefícios que provoca para a saúde. Os atendimentos a estas pacientes são registrados nos prontuários clínicos individuais e nos formulários específicos. Entretanto, a UBS não tem registros específicos para o controle dos resultados das mamografias indicadas, o que constitui uma deficiência.

Em relação ao atendimento para pessoas portadoras de diabetes mellitus e hipertensão arterial, temos cadastrados na UBS 277 pacientes hipertensos e 116 pacientes com diabetes mellitus que fazem parte de nossa comunidade. Analisando os registros em relação aos pacientes portadores de hipertensão arterial, concluímos que temos cobertura de 41%. Destes pacientes, 73% têm realizada a estratificação de risco segundo o critério médico, 61% estão com os exames complementares atualizados, 80% receberam orientação sobre a prática de atividade física e sobre

alimentação saudável e 25% foram avaliados em relação à saúde bucal. Em relação aos pacientes portadores de diabetes mellitus acompanhados na unidade, a cobertura é de 60%. Destes pacientes, 70% tem realizada a avaliação do risco cardiovascular segundo o critério médico e 59% estão com os exames complementares em dia. Apenas 40% têm exame físico dos pés e palpação do pulso tibial atualizado e 70% foram orientados sobre a prática de exercício físico e alimentação saudável para levar uma vida de melhor qualidade. Na unidade realizamos o cuidado de usuários diabéticos e hipertensos em um dia da semana nos dois turnos de atendimento, tanto para pacientes de nossa área quanto para os que não pertencem ao território adstrito, com prévio agendamento. Os protocolos de atendimento são os Cadernos de Atenção Básica 36 e 37 do Ministério da Saúde, de 2013. Durante a consulta, procuramos atender ao paciente de maneira integral, explicando os fatores de risco que agravam a hipertensão arterial e diabetes, além de solicitar os exames complementares necessários para seu controle, os quais são feitos na própria unidade. Também são realizadas imunizações, diagnóstico de outras doenças ou problemas clínicos em geral, assim como seu tratamento. Os pacientes obesos e sedentários são diagnosticados e tratados na unidade, porém, os casos que precisem de atenção especializada são encaminhados, já que não contamos com outros especialistas na unidade que são necessários para uma avaliação integral destes pacientes. O cuidado odontológico se dá através de ações educativas e consultas odontológicas agendadas com apoio do ACS. Também em conjunto com os ACS são feitas visitas domiciliares e atividades educativas com pacientes portadores destas doenças com o objetivo que conheçam melhor sobre seus cuidados específicos. Todos os membros da equipe estão envolvidos nas ações educativas com o objetivo de orientar esses usuários sobre a importância de adotar hábitos alimentares saudáveis, controlar o peso corporal, e praticar exercício físico regularmente, além de explicar sobre os malefícios provocados pelo tabagismo e pelo consumo excessivo de álcool. As consultas são registradas nos prontuários clínicos, nas fichas de vacinas e de atendimento odontológico, os quais costumam ser revisados periodicamente. É importante ressaltar que a equipe, neste momento, está envolvida no processo de cadastramento dos usuários da comunidade, portanto a população ainda não está completamente cadastrada e talvez por isso ainda não se tenha alcançado 100% de cobertura.

Na unidade N-42 oferecemos atendimento para pessoas maiores de 60 anos de nossa comunidade e também de fora da área de abrangência, como parte do Programa Saúde do Idoso, em todos os dias da semana, principalmente no dia de atendimento para diabéticos e hipertensos, já que nesta faixa etária estas doenças se apresentam com maior frequência. Temos cadastrados, segundo cadastro anterior, 131 usuários maiores de 60 anos que pertencem a nossa área de abrangência, o que significa uma cobertura de 56%. Estes 131 idosos são os usuários desta faixa etária cadastrados neste momento na unidade de saúde que cotam com registros. Desta população, 56% possuem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Apenas 21% dos usuários estão com avaliação da saúde bucal em dia, o que é explicado pelo fato da alta demanda odontológica e que em muitas ocasiões precisa de vários retornos e vários procedimentos. Dentre os idosos, 51% são hipertensos e 18% diabéticos. São utilizados os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde através dos Cadernos de Atenção Básica e as consultas incluem diagnóstico e tratamento de problemas clínicos de saúde geral e de saúde bucal, alcoolismo, sedentarismo, obesidade e tabagismo. As ações de imunização são realizadas pelos técnicos de enfermagem. É realizada avaliação da saúde bucal e sequência do tratamento odontológico, que ocorre através de agendamento. Para a avaliação com outros especialistas são realizados os encaminhamentos necessários, já que nesta idade são frequentes as doenças crônicas e suas complicações. Também ocorrem orientações para o paciente e seus familiares sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças, prevenção de acidentes, realização de atividade física e adoção de hábitos alimentares saudáveis, assuntos tratados também nas atividades coletivas realizadas pela equipe. As visitas domiciliares são realizadas pela equipe, com apoio dos ACS, onde oferecemos cuidado e a educação em saúde para pacientes em condições de vulnerabilidade. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, nas fichas odontológicas e de vacinas e sempre é solicitada a caderneta do idoso para preenchimento e acompanhamento. Considero importante destacar como uma debilidade que temos na unidade a falta de profissionais qualificados como nutricionista, educador físico e psicólogo para um atendimento integral aos pacientes idosos. A estratégia seria solicitar aos gestores a organização das consultas com este fim em estabelecimento de saúde onde seja possível.

Nosso maior desafio na atenção à população é oferecer sempre um atendimento com qualidade, resolvendo ao máximo as necessidades dos usuários e suas famílias. Contamos com uma equipe de saúde que está disposta a oferecer este atendimento e trabalhar para lograr nossos objetivos e melhorar a qualidade de vida de nossa comunidade em geral. A utilização dos questionários ajudou para reflexionar sobre alguns aspectos e para melhorar nossa organização e processo de trabalho.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Realizando uma comparação entre o texto inicial feito na semana dois da unidade de Ambientação e o Relatório de Análise Situacional, percebi que naquele momento foi feita uma descrição da situação da ESF de maneira muito superficial. Em relação à estrutura da UBSF conseguimos explicar com maiores detalhes sobre sua estrutura. Também em relação ao seu funcionamento podemos dizer que em alguns aspectos a unidade tem melhorado, já que foram fornecidos conhecimentos que ajudaram ao melhoramento de nosso processo de trabalho na unidade, assim como para conhecer mais sobre todas as ações programáticas que tem que ser desenvolvidas e como conseguir melhor organização neste sentido. Durante o transcurso das semanas fomos observando algumas mudanças positivas sendo que foi possível conhecer sobre a organização dos serviços de saúde e sobre a população do município de Manaus, podendo realizar uma melhor e mais completa avaliação neste sentido. Vemos que ao início só conseguimos fazer uma descrição pouco detalhada da estrutura da UBSF. Também foi possível ao longo do trabalho conhecer mais sobre as atribuições e funções de todos os profissionais da unidade de saúde. Outro aspecto importante a destacar é o fato de que foram ampliados os conhecimentos sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde tanto para a equipe de saúde quanto para a comunidade. Conseguimos tratar os temas relacionados com o conselho local de saúde e o engajamento público no nosso processo de trabalho, os quais antes deste trabalho não eram enfatizados na unidade de saúde com a importância que merece. Neste momento a equipe possui mais conhecimentos sobre como levar adiante nosso trabalho e o curso de

especialização tem contribuído de maneira muito significativa para conseguirmos estes avanços, sendo também possível com a ajuda dos gestores, dos supervisores e com o trabalho em equipe.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento populacional a nível mundial é um processo que indiscutivelmente se encontra em crescimento acelerado. No Brasil, estima-se que existem cerca de 17,6 milhões de idosos ⁽¹⁾, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Assim, evidencia-se a importância do cuidado à saúde do idoso na atenção básica, oferecendo um atendimento com qualidade para este grupo populacional, que precisa de cuidados diferenciados. Garantir atenção integral à saúde da população idosa, promovendo o envelhecimento saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo das pessoas idosas, constitui o principal objetivo das políticas traçadas pelo Ministério da Saúde para o cuidado dos usuários desta faixa etária na Atenção Primária. Para isso, a prática de estilos de vida saudáveis, a prevenção de doenças mediante a intervenção sobre os fatores de risco, a proteção e reabilitação dos problemas de saúde destas pessoas são as principais ações a serem desenvolvidas na comunidade para conseguir o cuidado da saúde dos idosos.

A Unidade Básica de Saúde N-42 fisicamente possui uma boa estrutura, sendo que foi reformada há pouco tempo para oferecer melhor atendimento à comunidade. Conta com uma sala para recepção pequena, da qual partem dois corredores onde ficam localizadas as demais salas. Contamos com sala de vacinas, sala para ACS, sala de esterilização, sala de nebulização e de coleta de amostras para exames laboratoriais, farmácia, um consultório médico, um consultório odontológico, um consultório de enfermagem, cozinha, dois banheiros para usuários e um para funcionários. Contamos com uma equipe de saúde integrada por uma médica, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma higienizadora, além da Equipe de Saúde Bucal composta por um cirurgião dentista e uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). A área de abrangência da UBS possui 3.834 habitantes e temos um processo de trabalho organizado de maneira a atender todas as ações programáticas como saúde da mulher, saúde do homem, saúde dos portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, atenção aos idosos, às gestantes, crianças e adolescentes.

Levando em conta a estimativa populacional da área de abrangência da UBS para o grupo nesta faixa etária, a cobertura da atenção à saúde do idoso é de 56% neste momento. Dentre os idosos cadastrados, 51% são hipertensos e 18% diabéticos. Os indicadores mostram que 56% possuem a caderneta da pessoa idosa e apenas 21% dos usuários estão com avaliação da saúde bucal em dia. Frente a esses dados, fica claro que é necessário trabalhar no sentido de aumentar a cobertura e a adesão dos idosos ao acompanhamento e às atividades educativas desempenhadas, além de aperfeiçoar a qualidade dos atendimentos, principalmente através da realização de exames físicos completos. A atenção odontológica merece cuidado especial, já que poucos idosos estão inseridos nas ações de saúde bucal, e as atividades de prevenção e promoção devem ser melhor organizadas para ser dirigidas especificamente a este grupo populacional.

Tendo em conta estas razões, e tendo em conta que estes são dados que não estão totalmente atualizados justifica-se a realização da intervenção com foco neste grupo populacional. Uma dificuldade a ser enfrentada é contar com dois ACS a menos na equipe neste momento, além de não contarmos com pessoal qualificado para outras avaliações como nutricionista, educador físico, psicólogo e outros profissionais da saúde. Entretanto, para alcançar os objetivos da intervenção,

contamos com uma equipe comprometida, que está envolvida e já tem conhecimento desta atividade.

2.2Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do idoso na UBSF N-42, Manaus/AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Relativa ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de atendimento do Programa Saúde do Idoso.

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção do Programa Saúde do Idoso na unidade.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Relativa ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso na unidade.

Meta 3: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações do programa.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Relativas ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos do programa na unidade.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos do programa.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido em um período de doze semanas e será realizado na Unidade Básica de Saúde N-42 do município Manaus, no Estado do Amazonas. Participarão da intervenção todos os idosos cadastrados na unidade, sendo a população nesta faixa etária estimada em 383 segundo o total de pessoas da área de abrangência da unidade. O cadastro da população para chegar à meta esperada será feito através dos agentes comunitários mediante a busca ativa. Será utilizado como protocolo o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde, 2010.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para atingir todos os objetivos e metas propostos pela equipe de saúde no sentido de oferecer um atendimento prioritário e com qualidade das pessoas idosas da nossa comunidade é necessário realizar um conjunto de ações que ajudam alcançar os objetivos e as metas propostas para este fim.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

No **eixo de monitoramento e avaliação** serão utilizadas as fichas-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizadas pela UFPel, que contém os dados

necessários para este fim. A cobertura será monitorada e avaliada de maneira direta pela médica da unidade com uma periodicidade mensal através dos registros da unidade como fichas espelho, planilha de coleta de dados, livros de registros e demais ferramentas de controle de dados que permitam monitorar o programa. Serão realizadas reuniões com toda a equipe mensalmente com a confecção de relatórios com os resultados obtidos para termos o controle de como estão os resultados da intervenção em cada período avaliado. Estas ações serão monitoradas pela médica da unidade.

No **eixo organização e gestão do serviço**, será realizado cadastramento dos idosos da área de abrangência com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde de cada micro-área através das visitas domiciliares e da busca ativa, convocando assim para a participação no programa divulgando a existência do mesmo na unidade de saúde, o qual será feito informando aos comunitários diretamente com o trabalho comunitário dos agentes de saúde. Os agentes avisarão para os idosos o dia do primeiro atendimento para ser cadastrados no programa. O acolhimento dos idosos será realizado de maneira que todos os idosos que busquem a unidade sejam bem recebidos e encaminhados de acordo com as suas necessidades. Este se realizará de forma prioritária e de acordo com os riscos de cada usuário como sua condição para a locomoção e a idade. O acolhimento para estes idosos acamados ou com problemas para a locomoção depois de serem identificados serão visitados para realizar o acolhimento adequadamente onde participarão os membros da equipe. Esta atividade de acolhimento será realizada por todos os membros da equipe. A atualização das informações do SIAB será realizada através dos dados obtidos durante a busca ativa na comunidade por parte dos agentes comunitários de saúde, onde a médica, em conjunto com a enfermeira da unidade, serão as responsáveis pela atualização destes dados.

No **eixo engajamento público** será realizado por meio do esclarecimento à comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Em cada atividade educativa com a população, todos os membros da equipe terão participação voltada para esse aspecto. Estas atividades serão avisadas para os idosos e comunitários por os agentes de saúde. As atividades coletivas serão realizadas fundamentalmente na escola e nas igrejas da área, sem deixar de aproveitar as consultas na unidade de saúde para esclarecer sobre a importância do programa.

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso também é importante e para este fim serão confeccionados cartazes para conhecimento de todos, além da divulgação através dos agentes comunitários nas visitas domiciliares e na busca ativa.

No **eixo qualificação da prática clínica**, haverá um momento de educação permanente durante as reuniões na unidade para capacitar a equipe para a Política Nacional de Humanização e em relação ao acolhimento aos idosos. Também haverá treinamento dos ACS para a busca ativa dos usuários que não estão em acompanhamento. Estas atividades de capacitação será responsabilidade da médica e enfermeira da unidade com ajuda dos técnicos de enfermagem e outros profissionais. Estas atividades serão realizadas na própria unidade nos momentos das reuniões da equipe no horário após o atendimento dos usuários.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Para o **eixo monitoramento e avaliação**, mensalmente, serão utilizadas as fichas-espelho e planilha de coleta contendo dados relativos à realização da avaliação multidimensional em um período pelo menos anual em todos os idosos acompanhados na unidade. Este monitoramento será realizado pela médica em conjunto com a enfermeira. Estas fichas devem ser preenchidas por todos os profissionais que oferecem atendimento para estes usuários como médico, enfermeira e os técnicos de enfermagem.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço**, será necessário garantir com os gestores os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos como balança, antropômetro, fita métrica e Tabela de Snellen e realizar a avaliação das condições do usuário. Serão avaliadas as condições dos equipamentos com que contamos na unidade para garantir a disponibilidade e funcionamento adequados dos mesmos. Todos os profissionais participarão do atendimento dos idosos, sendo que a realização da triagem inicial será feita pelos dois técnicos de enfermagem e as demais avaliações clínicas pela médica e pela enfermeira da unidade. É importante realizar a avaliação nutricional do idoso assim como a avaliação visual, auditiva, de incontinência, de

cognição e memória e o estado de sua atividade sexual. Também serão necessários avaliação e exame dos membros superiores e inferiores e avaliar as condições do idoso em relação à realização de suas atividades diárias. Estas atividades serão realizadas por todos os profissionais da unidade tanto nas consultas na unidade quanto no domicílio.

Para o **eixo engajamento público**, a educação em saúde é essencial. A comunidade será orientada sobre a importância destas avaliações para os idosos e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável mediante as atividades educativas feitas para a população, onde será informado a todos sobre a necessidade de oferecer um atendimento com qualidade aos idosos, tanto nos espaços da comunidade, quanto da unidade. Serão compartilhadas com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social, sendo informados todos os procedimentos realizados, a conduta e os tratamentos, assim como as demais ações realizadas por cada profissional da equipe.

Para o **eixo qualificação da prática clínica**, são necessárias a educação e a qualificação permanentes. Será realizada a capacitação dos profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, sendo informados e treinados todos os membros da equipe, mediante encontro de debate, sobre o protocolo de acompanhamento e seguimento do programa Saúde do Idoso. Também mediante estes encontros de debate serão treinados para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e para a realização de encaminhamentos adequados dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas, informando à equipe sobre as situações em que podem ser feitos encaminhamentos para atendimento na atenção especializada, após avaliação na unidade. Estas atividades serão realizadas pela médica e pela enfermeira da unidade utilizando o protocolo de atendimento para as pessoas idosas o qual ficará disponível para todos os membros da equipe.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

No **eixo do monitoramento e avaliação**, será monitorada a realização do exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada

três meses nos idosos acompanhados na unidade de saúde através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados. Todos os profissionais realizarão o preenchimento de acordo com o procedimento ou consulta realizada, e mensalmente todas as atividades serão avaliadas pela médica da unidade.

No **eixo organização e gestão do serviço**, as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos serão feitas de acordo com sua área de atuação. Os técnicos de enfermagem serão responsáveis pela triagem antropométrica de cada idoso e nas consultas médica e de enfermagem será realizado o restante do exame clínico para os idosos hipertensos e/ou diabéticos. Para garantir a busca de idosos que não realizaram exame clínico apropriado serão revisados os registros de cada idoso para identificar a necessidade de avaliação e esta atividade de busca será realizada pelos agentes comunitários em cada micro-área da comunidade. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares também é uma atividade que será feita, garantindo vagas para usuários idosos com hipertensão ou diabetes buscados, durante todos os dias da semana. Para garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, serão identificados os idosos com estas alterações para realizar os encaminhamentos precisos para atendimento especializado e serão acolhidos os casos contra-referenciados. A médica da unidade realizará os encaminhamentos necessários recepcionando também os casos contra-referenciados, contando também com ajuda da enfermeira.

No **eixo engajamento público** orientaremos os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, através das consultas e atividades educativas realizadas para a população, onde serão informados e educados sobre os cuidados dos idosos portadores de fator de risco para doença cardiovascular e neurológica. Esta atividade será realizada na própria unidade e nos espaços comunitários próximos à unidade, onde participarão todos os membros da equipe.

No **eixo qualificação da prática clínica**, a equipe será capacitada para a realização de exame clínico apropriado. Isto será feito mediante as reuniões e encontros de capacitação da equipe antes do início da intervenção, para reconhecer

fatores de risco, assim como para realizar exame clínico de cada idoso dependendo dos fatores e doenças associadas. Também é fundamental, mediante estes encontros, capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, mostrando casos como exemplos. A médica e enfermeira tem a responsabilidade de organizar e realizar estas atividades.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

No **eixo monitoramento e avaliação**, será monitorado e avaliado o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados de acordo com o protocolo e com a periodicidade adequada, através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, com periodicidade mensal. O monitoramento destas ações também deve estar voltado para garantir a solicitação dos exames complementares mediante a revisão dos registros individuais determinando a necessidade de indicação segundo o protocolo. Esta atividade será monitorada pela médica da unidade e também os demais membros da equipe terão participação desde sua área de atuação neste sentido.

No **eixo organização e gestão do serviço** é necessário afiançar com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo mediante a definição de exames para idosos como prioridade. É importante estabelecer um sistema de alerta para os casos de não realização dos exames complementares preconizados, o qual será feito após o monitoramento dos prontuários, que serão identificados quanto à não realização dos exames, para que quando o usuário volte a situação seja verificada. Os ACS devem estar informados sobre o horário e o dia em que são realizados os exames para garantir serem transmitidas estas informações aos usuários durante as visitas domiciliares.

No **eixo engajamento público** será alcançado mediante a orientação dos usuários e da comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, o que será realizado nas consultas e atividades educativas com a população, onde participam todos os membros da equipe. Além disso, é necessário informar quanto à periodicidade com que os exames complementares devem ser realizados.

No **eixo qualificação da prática clínica**, a capacitação da equipe é necessária. Mediante as reuniões da equipe, se realizará a capacitação para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares e assim

conhecer a periodicidade e indicação dos exames laboratoriais. Esta capacitação será de responsabilidade da médica da unidade com a ajuda da enfermeira e dos técnicos de enfermagem da unidade, onde será utilizado o protocolo de atendimento dos idosos.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

No **eixo monitoramento e avaliação**, é preciso monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados com periodicidade mensal, feito pela médica e enfermeira da unidade. Será priorizada a indicação para os usuários dos medicamentos disponibilizados pela farmácia popular facilitando assim o acesso para todos os idosos.

No **eixo organização e gestão do serviço**, realizaremos o controle de estoque de medicamentos para mantermos os medicamentos em quantidade e validade adequadas, sendo que esta atividade será realizada pelos técnicos de enfermagem da unidade, que farão o controle dos medicamentos entregues para os usuários. Mediante a criação de um livro para o controle dos medicamentos que cada usuário faz uso contínuo e regular, pretendemos manter o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Também através da ficha espelho podemos realizar o controle dos medicamentos de uso regular destes usuários. Esta atividade também será monitorada pela médica da unidade.

No **eixo engajamento público**, durante as atividades educativas com a população, onde participarão todos os membros da equipe, e também nas consultas e visitas domiciliares se realizarão as orientações para os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Em cada consulta e procedimento realizado, e desde cada área de atuação, os membros da equipe tem a responsabilidade de realizar esta atividade.

No **eixo qualificação da prática clínica**, os profissionais serão atualizados sobre o tratamento da hipertensão e/ou diabetes mediante atividades de educação permanente realizadas nas reuniões da equipe, cuja responsabilidade é da médica e os membros da equipe serão informados sobre como orientar os pacientes para ter

acesso aos medicamentos. Para este treinamento será utilizado o protocolo utilizado para acompanhamento dos idosos.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Para o **eixo monitoramento e avaliação**, será monitorado o número de idosos com problemas de locomoção ou acamados cadastrados no programa através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, com uma periodicidade mensal. Serão monitoradas as visitas domiciliares feitas pelos ACS através do preenchimento do livro registro de visitas domiciliares. Este monitoramento e avaliação será discutido durante as reuniões com todos os membros da equipe. Esta atividade será feita pela médica da unidade nas reuniões de equipe.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço**, será preciso garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, o que será feito mediante a criação de registro em livro com dados específicos destes pacientes para controle mais adequado da quantidade de usuários com esta condição, o que será realizado em conjunto pelos ACS e médica da unidade. Também deve ser registrado nos prontuários e fichas espelho do programa para melhor monitoramento.

Para o **eixo engajamento público**, a comunidade será informada sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde, seus benefícios e facilidades. Durante as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas com a população será divulgado sobre a existência deste programa e as facilidades para estes idosos, atividade que é de responsabilidade de toda a equipe.

Para o **eixo qualificação da prática clínica**, a capacitação dos ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência será realizada durante as reuniões de equipe, onde ocorrerão os encontros de capacitação. A responsabilidade desta atividade é da médica da unidade.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Para o **eixo monitoramento e avaliação**, serão realizadas ações de monitoramento para avaliar a realização de visita domiciliar para estes idosos, levando em conta o preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados

com periodicidade mensal. O monitoramento desta atividade será realizado pela médica e enfermeira da unidade e discutido nas reuniões da equipe.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço**, as visitas domiciliares serão realizadas através do estabelecimento de espaço na agenda para visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção de maneira organizada para cada micro-área e ACS. Estas visitas serão realizadas pela médica e enfermeira da unidade em conjunto com o agente comunitário da área correspondente.

Para o **eixo engajamento público**, um aspecto importante é conseguirmos mediante a educação, orientar a comunidade e familiares sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e informar para todos sobre a disponibilidade desta atividade na unidade, o que será feito por meio das atividades educativas e na própria consulta, com a participação de toda a equipe, informando a população sobre como e para quais casos solicitar visita domiciliar. Esta atividade de educação também será realizada por todos os membros da equipe em cada local de atuação.

Para o **eixo qualificação da prática clínica**, os ACS serão orientados sobre o cadastro, identificação e protocolo de acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção durante as reuniões e atividades de treinamento por parte da médica e enfermeira da unidade. Para este fim será utilizado o protocolo de atendimento do idoso. Também é importante treinar os agentes sobre o reconhecimento dos usuários que precisam de visita domiciliar, também utilizando o protocolo.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Para o **eixo monitoramento e avaliação** é necessário realizar o monitoramento do número de idosos submetidos a esse rastreamento através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados com periodicidade mensal. Para este fim também é necessário ter o controle adequado dos prontuários de todos os idosos que sejam atendidos na unidade de saúde e monitorar a medida de pressão arterial em todas as consultas realizadas. Será monitorada a medida da pressão arterial na sala de triagem para todos os idosos antes de passar ao atendimento clínico. Este monitoramento será feito pela médica.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço**, será melhorado o acolhimento para os idosos portadores de HAS garantindo prioridade no seu

atendimento. É necessário também garantir todos os materiais adequados para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, verificando sua disponibilidade e qualidade no funcionamento e solicitar aos gestores, se necessário, novos materiais ou sua manutenção. Para todos os idosos acolhidos e atendidos na unidade será feita a medida de pressão arterial na sala de triagem por parte dos técnicos de enfermagem.

Para o **eixo engajamento público**, a comunidade será orientada sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre o reconhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento de HAS o qual é responsabilidade de toda a equipe. Por esta razão, nas atividades educativas, visitas domiciliares e nas próprias consultas na unidade estas ações de orientação devem ser desenvolvidas como parte do engajamento público. Estas atividades serão também desenvolvidas nas escolas, igrejas e espaços comunitários onde todos os membros da equipe tem participação ativa.

Para o **eixo qualificação da prática clínica**, será realizada capacitação para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa e correta, incluindo uso adequado do manguito. Esta é uma atividade que será realizada de maneira sistemática nas reuniões de equipe, treinando-a sobre a forma adequada para esta tarefa com responsabilidade da médica e técnicos de enfermagem da unidade. Para esta atividade será verificada a qualidade dos meios e instrumentos para esta medição. Será realizado este treinamento na própria unidade de saúde após o atendimento dos usuários.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Para o **eixo monitoramento e avaliação**, será monitorado o número destes idosos através do preenchimento e monitoramento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, o qual será avaliado com uma periodicidade mensal pela médica e enfermeira da unidade. Serão monitorados também os prontuários individuais de cada idoso determinando a presença de HAS para realizar o rastreamento para DM. Os exames serão feitos na própria unidade de saúde o dia de coleta de exames laboratoriais. Será monitorada esta atividade pela médica e enfermeira da unidade.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço**, será realizado o correto acolhimento destes usuários o qual é responsabilidade da equipe toda. Para isso é

necessário garantir a organização dos atendimentos na agenda de programação para estes usuários. Outro aspecto importante é garantir os materiais necessários para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde mediante a solicitação aos gestores municipais de equipamento para sua realização assim como sua manutenção. Para criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste, a ficha e prontuário serão identificados com marca em cor específica. Esta atividade será feita pela médica e enfermeira da unidade de saúde. A medida da glicemia capilar será realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de triagem antes do atendimento dos idosos.

Para o **eixo engajamento público** tem como objetivo criar um vínculo adequado entre os usuários da comunidade e a unidade de saúde, através da orientação da comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Estas orientações serão realizadas durante as consultas, visitas domiciliares e atividades em grupo com debates educativos com a população, com participação da equipe toda, sendo essencial também orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Para o **eixo qualificação da prática clínica** a equipe da UBS será capacitada para realização do hemoglicoteste, para facilitar o fluxo dos usuários e para que todos tenham conhecimentos sobre o atendimento a idosos sendo responsáveis a médica e técnicos de enfermagem. Esta atividade também será realizada na unidade de saúde no horário da tarde após o atendimento dos usuários, através da demonstração com exemplos representativos.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Para o **eixo monitoramento e avaliação**, será monitorado e avaliado o número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, com a periodicidade mensal. A equipe de saúde bucal tem grande responsabilidade no atendimento e educação odontológica destes usuários em conjunto com os demais membros da equipe.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço**, o serviço será organizado através do correto acolhimento dos idosos, onde todos os integrantes da equipe devem acolher e encaminhar à avaliação odontológica todos os idosos que procurem a UBS, sendo cadastrados neste serviço também com o apoio dos agentes comunitários, por meio da busca ativa. O atendimento odontológico, assim como as demais consultas, será de maneira prioritária, organizando a agenda de atendimento odontológico, para o que a equipe de saúde bucal irá disponibilizar horários de atendimento e vagas para os idosos do programa.

Para o **eixo engajamento público**, tanto a comunidade quanto a equipe de saúde serão informadas sobre importância de avaliar a saúde bucal dos idosos. Durante as atividades de treinamento a equipe será informada sobre a importância da realização deste exame. Este treinamento será realizado pela médica em conjunto com a equipe de saúde bucal. Durante as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas todos os usuários da comunidade serão informados também sobre este aspecto importante da saúde dos idosos. Todos os membros da equipe tem participação nestas atividades desde cada área de atuação e nas atividades educativas que sejam realizadas, sendo que todos tem responsabilidade neste sentido.

Para o **eixo qualificação da prática clínica**, será realizada capacitação para a equipe para realizar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos o qual será feito através das atividades de capacitação dos membros da equipe onde os profissionais de saúde bucal irão informar sobre como reconhecer a necessidade de atenção odontológica em idosos. Este será realizado durante as atividades de treinamento e capacitação da equipe realizada nas reuniões na unidade de saúde.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Para o **eixo monitoramento e avaliação**, haverá monitoramento e avaliação do número de idosos cadastrados na unidade que realizaram a primeira consulta através do preenchimento e avaliação das fichas-espelho e planilha de coleta de dados com periodicidade mensal, além de avaliar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência. Este monitoramento será feito de maneira mensal por parte da médica da unidade e também pela ESB.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço**, será feito o acolhimento correto dos usuários por todos os membros da equipe que começa na recepção da

unidade, e também será feita a organização da agenda odontológica com atendimento prioritário aos idosos onde participarão os membros da equipe com a ESB. Depois de ser acolhidos e feita a triagem dos idosos, serão encaminhados para atendimento odontológico.

Para o **eixo engajamento público**, será informado à comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e sobre sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Esta atividade será feita através das consultas, visitas domiciliares, nas atividades educativas e na própria unidade, durante o tempo de espera dos pacientes. Também é importante aproveitar estes espaços para esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais, além de ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico mediante conversas nas visitas domiciliares e em sala de espera. Todos os membros da equipe terão participação nestas atividades.

Para o **eixo qualificação da prática clínica**, a equipe será capacitada para realizar cadastramento e acolhimento do idoso de acordo com protocolo durante as reuniões de equipe. A equipe de saúde bucal irá informar toda a equipe sobre as possibilidades de encaminhamento para os diferentes tratamentos odontológicos. A equipe de saúde bucal será capacitada para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos durante as atividades de treinamento, mediante leitura dos protocolos do Ministério da Saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Para o **eixo monitoramento e avaliação**, serão realizadas ações de monitoramento e avaliação para verificar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, com periodicidade mensal. Também será verificada a agenda de programação de consultas semanalmente e assim verificar os idosos faltosos cada semana. Esta atividade será feita pela medica apoiada por todos os membros da equipe.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço**, as visitas domiciliares para busca ativa serão realizadas semanalmente após a equipe informar os agentes

comunitários de cada micro-área sobre os faltosos da semana. Será organizada a agenda no sentido de acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares, reservando espaço nesta agenda de acordo com o número de buscas a serem feitas. Neste aspecto de organização também todos os membros da equipe terão participação.

Para o **eixo engajamento público**, a comunidade será informada sobre a importância de realização das consultas durante as próprias consultas, visitas domiciliares e as atividades educativas na comunidade e na própria UBS sendo responsáveis por esta atividade todos os membros da equipe, escutando suas estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos). Também é importante esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Para o **eixo qualificação da prática clínica**, é necessário capacitar os ACS para a orientação de idosos sobre a realização das consultas e definir sua periodicidade, informando a equipe sobre o protocolo para acompanhamento dos idosos para as consultas e demais procedimentos. Esta atividade será feita nas reuniões de equipe pela médica da unidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Para o **eixo monitoramento e avaliação**, é necessário monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde através do preenchimento e avaliação das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, com periodicidade mensal. Esta atividade será feita pela médica e enfermeira da unidade. Os dados do SIAB serão registrados e mantidos atualizados pela médica e pela enfermeira com periodicidade quinzenal. Também serão monitorados os livros registros do programa.

No **eixo de organização e gestão do serviço**, para que os registros ocorram de forma padronizada, será utilizada ficha-espelho específica para os atendimentos e procedimentos de todos os idosos acompanhados. Para este fim, a equipe será informada sobre a importância da realização do registro de todos os dados e procedimentos realizados para cada usuário. A médica e enfermeira da unidade serão responsáveis pelo monitoramento dos registros da unidade. Também será organizado um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao

atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados, o que será realizado através da identificação das fichas-espelho e prontuários com marcas em cor específica para cada situação de alerta.

Para o **eixo engajamento público**, a equipe irá orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário se realizará durante as atividades de educação, consultas e visitas domiciliares por parte de a equipe toda.

Para o **eixo qualificação da prática clínica** será necessário para levar a cabo este objetivo treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos durante as atividades de treinamento da equipe, quando se orientará como preencher corretamente os registros nas fichas-espelho e prontuários a cada atendimento. Para este objetivo será disponibilizada pra cada membro da equipe uma ficha espelho, uma caderneta de idoso e será explicado sobre o preenchimento correto destes documentos assim como da planilha de coleta de dados e prontuários individuais dos usuários.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Para o **eixo monitoramento e avaliação**, serão monitorados os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados. Este aspecto será monitorado pela médica em cada consulta realizada para os idosos na unidade de saúde.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço**, será solicitada ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em número suficiente para todos os idosos cadastrados. Esta caderneta será entregue para todos os idos que sejam atendidos pelo programa tanto na unidade de saúde quanto na visita domiciliar antes de iniciar o atendimento. Será disponibilizada na sala de triagem por parte dos técnicos de enfermagem da unidade.

Para o **eixo engajamento público**, a equipe irá orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em todos os níveis de atenção, o que será feito nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas com participação ativa de todos os membros da equipe.

Para o **eixo qualificação da prática clínica**, ocorrerá a capacitação para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa durante as atividades de treinamento da equipe, mostrando como se realiza o correto preenchimento da caderneta a todos os profissionais por parte da médica. Para esta capacitação será disponibilizada uma caderneta para cada membro da equipe e facilitar o treinamento que será realizado pela médica e enfermeira.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Para o **eixo monitoramento e avaliação**, será monitorado o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, com periodicidade mensal o que será feito pela médica.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço**, será priorizado o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade após identificação destes idosos, onde haverá prioridade tanto para atendimento imediato, quando for o caso, quanto para agendamento das consultas. O acompanhamento para estes usuários será programado através do agente de saúde da área pertencente na agenda de trabalho.

Para o **eixo engajamento público**, os idosos serão orientados sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. A cada consulta e em cada procedimento realizado, a equipe em cada área de atuação deve informar aos idosos sobre os riscos aprestados que passam afetar sua saúde.

Para o **eixo qualificação da prática clínica** ocorrerá capacitação dos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa, que se realizará durante os encontros de capacitação na unidade por parte da médica da unidade. Para este fim será utilizado o protocolo de acompanhamento para treinar a equipe neste sentido.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Para o **eixo monitoramento e avaliação**, será monitorado o número de idosos que forem avaliados em relação a este critério através do preenchimento das

fichas-espelho e planilha de coleta de dados, com periodicidade mensal e será feito pela enfermeira e pela médica da unidade.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço** o atendimento dos idosos fragilizados na velhice será priorizado, sendo necessário para isso realizar também a identificação dos usuários com esta condição o qual será feito na consulta através do exame clínico adequado. Esta identificação será feita por todos os membros da equipe já seja nas consultas na própria unidade ou nas visitas ao domicílio.

Para o **eixo de engajamento público** os idosos e a comunidade os idosos e a comunidade em geral, serão orientados pela equipe sobre a importância do acompanhamento mais frequente para os idosos fragilizados. Para lograr este objetivo serão orientados todos mediante as atividades educativas e nas visitas domiciliares e consultas realizadas neste sentido.

Para o **eixo qualificação da prática clínica** será realizada capacitação dos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, mediante o treinamento dos membros da equipe durante os encontros de capacitação na unidade realizados pela médica e enfermeira, onde será utilizado o protocolo escolhido para o atendimento dos idosos.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Para o **eixo monitoramento e avaliação** será monitorada a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, com periodicidade mensal pela médica e enfermeira da unidade.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço**, após identificação dos idosos com rede social deficiente, o atendimento para estes idosos será priorizado para o agendamento das consultas e as visitas domiciliares, sendo organizadas com apoio dos ACS.

Para o **eixo engajamento público**, os idosos e a comunidade serão orientados sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde, levando esta informação através dos agentes comunitários nas visitas domiciliares e dos demais profissionais na própria unidade. Também será estimulada na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio, através das visitas e atividades em grupo, estimulando que mais idosos compareçam e participem destes momentos.

Para o **eixo qualificação da prática clínica**, para capacitar a equipe, todos serão treinados para avaliar a rede social dos idosos durante os momentos de treinamento nas reuniões, demonstrando como realizar esta avaliação utilizando par este fim o protocolo de atendimento da pessoa idosa.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Para o **eixo monitoramento e avaliação** será monitorada a realização desta atividade através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, com periodicidade mensal pela médica da unidade. Em cada consulta serão identificados todos os idosos com obesidade ou desnutrição, depois de feita a atividade de triagem por parte dos técnicos de enfermagem. Segundo o diagnóstico os idosos identificados serão examinados e encaminhados para avaliação especializada se necessário, o qual será feito pela médica e enfermeira da unidade.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço** será definido o papel dos membros da equipe na orientação nutricional, de forma que os profissionais, em todos os procedimentos realizados para idosos, de acordo com sua área de atuação, devam orientá-los sobre este aspecto.

Para o **eixo engajamento público**, os idosos, suas famílias e a comunidade, serão orientados sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, o que será realizado nas visitas domiciliares feitas pelos ACS e nas consultas feitas na unidade, assim como nas atividades educativas feitas na unidade de saúde ou em outros espaços da comunidade. Todos os membros da equipe são responsáveis de realizar esta atividade desde cada área de atuação.

Para o **eixo qualificação da prática clínica**, para qualificar a equipe, será realizada capacitação em relação à promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “Dez passos para alimentação saudável” ou o “Guia alimentar para a população brasileira” durante os encontros para treinamento com toda a equipe, apresentando estes documentos para explicar sobre hábitos alimentares saudáveis. Esta capacitação também atinge as orientações nutricionais específicas para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, sendo este treinamento realizado durante as reuniões de equipe e encontros de capacitação feitos pela médica da unidade para todos os membros da equipe no horário da tarde na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Para o **eixo monitoramento e avaliação** será monitorada a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados por parte da médica e enfermeira com periodicidade mensal. Em todos os meses será feito o monitoramento das atividades feitas em relação às orientações de prática de exercício físico tanto na ficha espelho quanto na ficha de atendimento individual.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço** será organizada definindo o papel dos membros da equipe em todos os procedimentos realizados para idosos, de acordo com sua área de atuação. Além disso, será necessário demandar dos gestores parcerias institucionais para realização de atividade física, solicitando a vinculação da unidade com um educador físico para os idosos. Esta atividade será feita pela enfermeira da unidade em conjunto com demais membros da equipe.

Para o **eixo engajamento público** os idosos e a comunidade serão orientados sobre a importância da realização de atividade física regular para o melhoramento da saúde. Estas orientações serão oferecidas durante as consultas e durante as atividades educativas oferecidas para a comunidade. Também nas visitas domiciliares realizadas pela equipe será feita esta orientação.

Para o **eixo qualificação da prática clínica**, a equipe será capacitada para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular nas reuniões utilizando o protocolo de atendimento da pessoa idosa. Esta atividade será realizada pela médica da unidade com a participação da equipe toda.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Para o **eixo monitoramento e avaliação** serão monitoradas e avaliadas pela médica as atividades educativas individuais realizadas pelos membros da equipe para os idosos através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, com periodicidade mensal.

Para o **eixo de organização e gestão do serviço** será estabelecido tempo mínimo de consulta odontológica suficiente para prestar todas as orientações em

relação à saúde bucal tanto pela Equipe de Saúde Bucal quanto pelos demais membros da equipe.

Para o **eixo de engajamento público** os idosos e seus familiares serão orientados sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias durante as consultas médicas e odontológicas, durante as visitas domiciliares e atividades coletivas.

Para o **eixo qualificação da prática clínica**, durante as reuniões de equipe, serão capacitados todos os profissionais para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias em cada espaço de atendimento o que será feito pela equipe de saúde bucal da unidade com participação da equipe toda.

2.3.2 Indicadores

Para realizar o monitoramento e avaliação da intervenção, serão utilizados os seguintes indicadores de acordo com os respectivos objetivos e metas:

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos do programa na unidade.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para o desenvolvimento da intervenção no Programa de Saúde do Idoso, a equipe vai adotar como protocolo o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde, 2010. Durante as reuniões da equipe prévias à intervenção, todos profissionais já foram informados sobre o foco da intervenção a ser desenvolvida. Para preparar melhor os profissionais, haverá atividades de capacitação da equipe, no sentido de promover uma atenção organizada e com qualidade às pessoas idosas da comunidade. Um dos temas a ser abordado é sobre o protocolo de referência escolhido para o acompanhamento destes usuários na unidade de saúde, por isso para este fim será necessária a impressão de dois protocolos, os quais serão disponibilizados e utilizados pela a equipe toda. Um destes protocolos será utilizado pelos agentes comunitários e o outro será utilizado pelos técnicos de enfermagem, médica, enfermeira e dentista da unidade. Estes protocolos serão utilizados para o treinamento e qualificação da equipe para a realização de todas as atividades da intervenção. Também para o treinamento da equipe será necessário contar com uma ficha espelho e uma caderneta de saúde do idoso para cada membro da equipe e assim treinar a mesma sobre a forma correta do preenchimento e utilização destes instrumentos. Serão discutidos temas específicos de cada área de atuação profissional, para que toda a equipe seja capaz de realizar suas atribuições e orientar a comunidade. A capacitação para os membros da equipe será realizada pela médica e enfermeira na própria unidade nas reuniões realizadas pela equipe no horário da tarde, e em caso necessário será solicitada a ajuda dos técnicos de enfermagem e dentista da unidade para realizar atividades de capacitação. Estas atividades ocorrerão nas

primeiras duas semanas de intervenção e também haverá momentos específicos para a capacitação dos ACS durante o transcurso da intervenção.

Para o registro das informações, serão utilizadas as fichas-espelho específicas disponibilizadas pelo curso para o preenchimento de todos os atendimentos oferecidos para os idosos. A caderneta do idoso e os prontuários individuais de cada idoso também serão utilizados como registros do programa. Segundo a estimativa da população idosa na área onde atuo são 383, por isso serão necessárias esta quantidade de prontuários, fichas espelho e cadernetas de saúde que serão solicitadas à gestão. Além disso, será necessário um livro registro para as visitas domiciliares e um livro registro para os atendimentos odontológicos. Os prontuários individuais dos usuários que são utilizados na unidade são manuais e não contêm registro de todos os dados necessários para o acompanhamento. Por isso, serão utilizadas fichas-espelho voltadas especificamente à saúde do idoso para que todos os registros sejam adequadamente realizados. Necessitamos para este fim a impressão de fichas espelho suficientes para todos os idosos que participarão da intervenção. Para a impressão destas fichas-espelho, será solicitado auxílio ao gestor distrital de saúde. A caderneta de saúde também será solicitada à gestão em quantidade suficiente e será disponibilizada para todos os idosos no momento do acolhimento pelos técnicos de enfermagem os quais também realizaram preenchimento da mesma. O preenchimento destes documentos será realizado por cada profissional que oferece atendimento para os idosos em cada consulta realizada, com o fim de ter atualizados todos os registros. Para organizar estes registros e os dados do programa, a médica e a enfermeira da unidade identificarão todos os prontuários individuais de cada usuário maior de 60 anos, indicando que estão sendo acompanhados pelo programa na unidade. Todas as informações contidas nos prontuários serão repassadas para as fichas-espelho. Assim, em cada semana, se determinará a quantidade de idosos com consultas, vacinas, exames complementares e exame físico em atraso.

Para realizar o cadastro dos idosos serão organizados os prontuários individuais assim como a ficha espelho para cada um dos idosos cadastrados. Para realizar o acolhimento dos idosos da área de abrangência da unidade, o serviço será organizado para oferecer atendimento a todos os idosos que buscarem a unidade. Depois de serem recepcionados, os usuários serão acolhidos pelos técnicos de enfermagem e terão prioridade de atendimento. Os idosos que procurarem a

unidade com problemas agudos serão atendidos no mesmo dia para minimizar os agravos para sua saúde, sendo priorizada sua consulta para pronto atendimento. Depois de serem atendidos, terão a próxima consulta programada para continuar o acompanhamento. Serão aumentadas as vagas nas agendas para os idosos que são provenientes de busca ativa na comunidade as quais podem ir aumentando a cada semana segundo a demanda destes usuários e as buscas ativas. Esta busca ativa será realizada pelos agentes comunitários para cadastrar todos os idosos da área no programa e buscar os faltosos a consulta cada semana.

As orientações relacionadas aos cuidados de saúde para os idosos serão realizadas durante as consultas, visitas domiciliares e semanalmente através de atividades em grupo com palestras educativas e conversas, na igreja da comunidade mais próxima à unidade de saúde. Também serão realizadas atividades coletivas na própria unidade, onde todos os membros da equipe serão responsáveis por realizar as ações educativas próprias da sua área de atuação.

Para viabilizar a utilização de espaços comunitários e realizar as atividades em grupo voltadas para a educação em saúde, haverá contato com líderes comunitários, intermediado principalmente pelos ACS. Será acordado o uso da igreja próxima à comunidade para realização de atividades coletivas sempre que seja possível, visando também sensibilizar a comunidade sobre a importância do Programa. Também será utilizada para estas atividades a antiga “casinha” de saúde que está próxima da unidade.

Para alcançar a qualidade do programa o monitoramento é uma ação muito importante. Para este fim é necessário manter as informações e registros de todas as ações atualizados, o que será executado por cada profissional que realizar atendimento ou visita domiciliar. Deverão ser preenchidos todos os campos das fichas-espelho, caderneta do idoso e os prontuários individuais da maneira mais completa, para depois repassar as informações para a planilha eletrônica a cada semana e realizar o monitoramento mensal da intervenção. A médica e a enfermeira supervisionarão a planilha de coleta de dados, as fichas-espelho e os prontuários individuais de cada usuário para determinar quantos idosos estão com consultas em atraso, assim como os exames complementares, vacinas e o exame clínico em atraso. É importante monitorar todos os procedimentos e exames clínicos apropriados para cada usuário, o qual será feito através dos registros nos prontuários individuais. A realização da consulta odontológica e outras ações de

saúde bucal serão realizadas pela equipe de saúde bucal assim como pelos demais membros da equipe, porém também serão monitoradas pela médica. Quando identificada a necessidade, os agentes comunitários farão a busca ativa destes usuários para regularizar seu acompanhamento.

2.3.4Cronograma

Ações da intervenção	Semanas da intervenção											
	1º mês				2º mês				3º mês			
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Capacitação da equipe sobre o protocolo	x	x										
Capacitação dos ACS para suas atribuições específicas	x	x										
Estabelecimento das atribuições de cada profissional da equipe de saúde na atenção à pessoa idosa	x	x										
Contato com os líderes da comunidade e gestores para conversa sobre a importância do programa, estratégias para captar idosos e solicitação de materiais	x	x										
Cadastramento de idosos no Programa Saúde do Idoso	x	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X
Acolhimento dos idosos na UBS e inclusão no programa	x	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X
Organizar a agenda para acolher e priorizar atendimento dos idosos	x	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X
Atendimento clínico médico e odontológico	x	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X
Visitas domiciliares	x	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X
Informar a comunidade sobre a existência e importância do Programa de Saúde do Idoso	x		x		x		x		X		X	
Atividades coletivas com grupo de idosos	x	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X
Atividades de orientação e educação em saúde para idosos e comunidade	x	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X
Manter SIAB atualizado	x	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X

A apresentação dos resultados para equipe, comunidade e gestores acontecerá nas respectivas datas

18 ;25 e 31 de agosto.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O trabalho de intervenção que está sendo realizado na unidade de saúde onde atuo já chegou a um período onde é possível realizar um relatório de todas as atividades realizadas até o momento. A intervenção está sendo desenvolvida na área de abrangência da UBSF-42 e foi implementada com o objetivo de ampliar a cobertura de atendimento para os idosos, assim como melhorar a qualidade dos atendimentos que são oferecidos para estes usuários.

Durante o transcurso destas 12 semanas de intenso trabalho, a intervenção tem sido desenvolvida com a participação ativa de todos os integrantes da equipe de saúde presentes da unidade. A cada semana o trabalho tem sido direcionado para conseguir cumprir com o cronograma proposto pela equipe para a realização de todas as atividades da intervenção. Em minha opinião, considero que tem sido um trabalho muito bom apesar de ter enfrentado dificuldades durante o desenvolvimento da mesma.

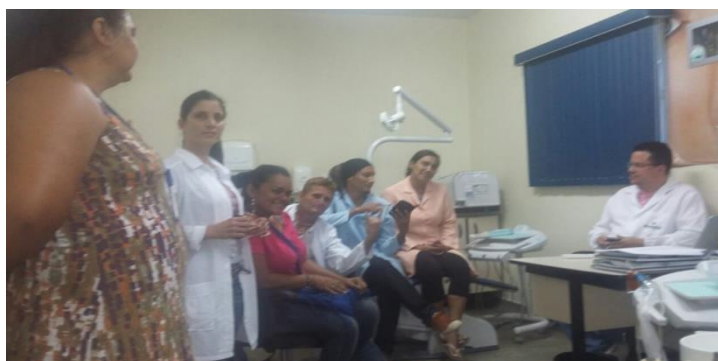


Figura 5.Reunião da equipe para organização da intervenção na Unidade Básica de Saúde da Família N-42.

Podemos ressaltar, como aspecto positivo da intervenção, que foi possível realizar nas primeiras semanas as atividades de capacitação da equipe que foram previstas no cronograma. Uma destas atividades foi a apresentação do protocolo para todos os membros da equipe com o objetivo de oferecer um atendimento organizado e de prioridade para todos os idosos da área de abrangência da unidade. O protocolo escolhido foi o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde. Foi uma atividade muito boa e instrutiva sendo que foram discutidos os temas relacionados com a organização das agendas de trabalho e o fluxo de usuários na unidade, com as consultas médicas, as consultas odontológicas e sobre os demais procedimentos que estão sendo realizados para os idosos da área.

Ainda, no início da intervenção, capacitamos a equipe sobre a forma correta de medir a pressão arterial da pessoa idosa, assim como a medida da glicemia capilar e demais procedimentos de triagem que são realizados para estes usuários com a finalidade de oferecer um bom atendimento. Foi uma boa atividade onde participaram todos os profissionais e foram debatidas e escutadas as idéias de todos para uma melhor organização do programa.



Figura 6. Atividade de treinamento da equipe na Unidade Básica de Saúde da Família N-42.

Contamos também com a facilidade de ter podido realizar a maioria das atividades educativas para os idosos, seus familiares e a comunidade em geral. Os membros da equipe foram organizados para realizar estas atividades onde todos tiveram uma boa participação. Nas primeiras semanas da intervenção,

especificamente na semana 2, foi possível realizar uma atividade educativa para os usuários idosos sobre os cuidados em relação à saúde bucal adequada durante a velhice. Esta atividade foi realizada pela Auxiliar de Saúde Bucal da unidade com a finalidade de incentivar boas práticas de saúde bucal na velhice.

Também foi realizada uma palestra educativa para os idosos, organizada pela equipe de saúde no período das minhas férias, com o objetivo de educá-los no sentido de atingir uma velhice mais saudável. Os agentes comunitários comentaram que a atividade foi muito boa. Além disso, os usuários ficaram contentes com as orientações oferecidas para eles. Outra atividade educativa programada no cronograma e que foi possível realizar, foi feita na semana 6 relacionada com a adoção de hábitos alimentares e estilos de vida adequados durante a velhice, com o objetivo de minimizar o risco de aparecimento de doença crônica nesta etapa da vida. Nesta atividade também contamos com a participação dos membros da equipe pela importância do engajamento dos mesmos com a população e as atividades que são desenvolvidas na unidade e na comunidade.

Também foi realizada outra atividade educativa onde contamos com a participação dos idosos e seus familiares onde foi tratado o tema das doenças crônicas como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus sendo que estas se apresentam com muita frequência nesta faixa etária. Esta atividade esteve apoiada pela enfermeira da unidade e os técnicos de enfermagem através dos quais foi desenvolvida a maior parte da atividade e contando também com os demais membros da equipe presentes.



Figura 7.Atividade coletiva de idosos com seus familiares Unidade Básica de Saúde da Família N-42.

Durante o desenvolvimento da intervenção, outra atividade educativa realizada com os idosos e familiares foi relacionada com a importância da realização de exercício físico neste período da vida destes usuários para assim conseguir melhor qualidade de vida e melhor desenvolvimento das atividades diárias dos idosos. Nesta atividade também foi aproveitado para conversar com idosos e familiares sobre a importância da caderneta de saúde da pessoa idosa. Os idosos ficaram muito satisfeitos com a atividade assim como os membros da equipe de saúde sendo que todos ficaram muito motivados.



Figura 8.Atividade coletiva com idosos na Unidade Básica de Saúde da Família N-42.

Outra atividade educativa que considero de muita importância foi realizada na semana 11 da intervenção a qual foi dirigida pela equipe de saúde bucal da unidade. Nesta atividade mais uma vez foi explicado para os idosos sobre a importância do cuidado adequado da saúde bucal durante a velhice. Nesta palestra os idosos ficaram muito motivados pelo tema e foi possível realizar um debate sobre os hábitos individuais de cada idoso. Cada um deles ofereceu sua opinião sobre o tema e na verdade ficaram muito agradecidos.



Figura 9. Atividades coletivas sobre saúde bucal Unidade Básica de Saúde da Família N-42.

A atividade de acolhimento dos idosos é uma atividade que também foi desenvolvida na unidade de saúde durante todos os dias, oferecendo atendimento para todos os idosos da área. Quando os usuários idosos chegam ao serviço, seja por demanda espontânea ou busca ativa, são recepcionados na recepção da unidade e imediatamente são priorizados para fazer os primeiros procedimentos do atendimento. Primeiramente realizamos a triagem, o qual é realizado pelos técnicos de enfermagem na sala destinada para estes procedimentos. Depois de realizado este procedimento, é feito o atendimento clínico ou odontológico de acordo com a necessidade. Os atendimentos foram realizados mediante a programação feita na agenda de trabalho todas as semanas, apoiados nos ACS. Foram atendidos idosos provenientes da busca ativa e também da demanda espontânea. A agenda de trabalho foi organizada de maneira atender os idosos um dia da semana além de ter vagas para os demais dias da semana para priorizar os atendimentos se necessário. Em todos os atendimentos oferecidos foi possível realizar o exame clínico para todos os idosos procurando realizar todas as ações necessárias para melhorar o cuidado. Foram indicados os exames laboratoriais para todos os casos necessários, os quais foram feitos na mesma unidade de saúde.



Figura 10. Atendimento clínico para idosos na Unidade Básica de Saúde da Família N-42.

Também é importante dizer que as atividades de visitas domiciliares e buscas ativas foram realizadas todas as semanas de desenvolvimento da intervenção, o qual tem contribuído para melhorar o relacionamento com a comunidade e conhecer sobre as condições de saúde de idosos que não podem chegar até a unidade. Também as ações de cadastramento dos idosos foram feitas dia a dia da intervenção, o qual foi intensificado no último mês da mesma. Todas estas atividades foram monitoradas pela médica da unidade através de todos os registros utilizados para este fim como fichas espelho, planilha de coleta de dados, prontuários individuais e livros de registro elaborados durante a intervenção.

Os idosos acamados e/ou com problemas de locomoção foram cadastrados através do trabalho de busca ativa e visita domiciliar. Sendo assim foram cadastrados 11 idosos. Destes idosos o senhor P. de 66 anos de idade encontra-se com problemas para a locomoção com uma incapacidade tanto física quanto visual produto de sequelas produzidas por a Hanseníase, doença que sofreu há anos atrás a qual não foi diagnosticada e tratada a tempo, segundo refere o idoso. O senhor A. é um idoso hipertenso que se encontra com problemas de locomoção, produto de uma catarata senil bilateral que apresenta. Trata-se de um idoso que não é apoiado completamente pela família, mas a equipe faz o acompanhamento periódico do idoso sempre buscando solucionar as demandas do idoso e educando a família como papel de cuidador. Também foi solicitada a avaliação oftalmológica contando com a ajuda dos familiares que moram mais perto dele. A senhora M. de 68 é uma idosa com problemas para a locomoção por fragilização e neste momento apresenta uma fissura do quadril há dois meses produto de uma queda. A equipe também faz o

acompanhamento do caso. Trata-se também de uma idosa portadora de diabetes mellitus e hipertensão arterial, mora com a filha e netos os quais cuidam dela. A idosa S. de 75 tem problemas para a locomoção devido a deformidade congênita de membros inferiores, condição que lhe dificulta sua locomoção para chegar até a unidade para ser atendida. Esta senhora conta com a ajuda da filha que mora com ela e neste caso é quem cuida dela e oferece o apoio necessário. Apesar deste problema a idosa consegue fazer parte de suas atividades diárias. A senhora R. de 67 anos encontra-se com problemas de locomoção por fragilização, além disso, se trata de uma idosa que no momento da visita domiciliar constatou-se certo grau de depressão. Foi avaliada nesse momento e está sendo acompanhada pela equipe de saúde. O idoso M., portador de diabetes mellitus, cirrose hepática e com lesão de pé diabético em acompanhamento e também cadeirante. Senhora I. é uma idosa portadora de hipertensão arterial com problemas para se locomover produto de presença de catarata senil. Foi feito o encaminhamento para avaliação oftalmológica e também está sendo acompanhada pela equipe. Senhor S. portador de diabetes mellitus é um idoso com problema para a locomoção, produto de lesão degenerativa dos joelhos, em uso de apoio para andar e conta com a ajuda de sua família para seu cuidado, apesar desta condição o senhor realiza grande parte de suas atividades diárias.



Figura 11. Atendimento para idoso com problema de locomoção no domicílio.¹

As consultas realizadas durante a intervenção foram organizadas com prévio agendamento, o qual foi possível já que foi organizada a agenda de trabalho para esta atividade. Esta programação foi através dos agentes comunitários os quais

realizavam a busca dos idosos e o consequente agendamento para consulta clínica a cada semana. As consultas para os idosos foram de forma priorizada. Os exames complementares foram também feitos na própria unidade de saúde com prévio agendamento, após a realização das consultas para os casos necessários. Em relação aos medicamentos para o uso regular dos idosos portadores de doenças crônicas são oferecidos na própria unidade de saúde sendo que contamos com os medicamentos necessários para estas doenças. Em casos necessários os idosos foram orientados para uso da farmácia popular para receber os medicamentos de uso diário.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Depois de destacar as atividades realizadas também é necessário avaliarmos as atividades que não foram possíveis realizar. A atividade educativa que foi planejada para a semana 5 não foi possível de ser realizada devido às chuvas muito persistentes e intensas que ocorreram neste período e por este motivo esta atividade precisou ser cancelada.

Apesar dos aspectos positivos que têm sido avaliados considero importante destacar que durante toda a intervenção também foram apresentadas dificuldades que influenciaram negativamente o adequado desenvolvimento da intervenção. A falta constante de Agentes Comunitários da Saúde na unidade durante todo este período tem sido uma das principais dificuldades que temos enfrentado e que tem influenciado de forma muito negativa. Começamos a intervenção desde a primeira semana somente com dois agentes comunitários e ao longo da mesma esta debilidade permaneceu afetando o andamento adequado do trabalho. Considero que a presença destes profissionais é de grande importância para o andamento adequado de todas as atividades, sendo que estes constituem um ponto de enlace fundamental para o desenvolvimento de todas as atividades previstas no projeto. Esta é uma das debilidades mais importantes que afetaram também a quantidade de atendimentos e, portanto, os resultados das metas propostas pela equipe. A falta de agentes comunitários de saúde afetou principalmente a atividade de cadastramento, sendo que contando com a presença de todos os agentes na unidade este trabalho teria sido feito com maior facilidade e agilidade.

Outra das dificuldades que temos enfrentado é o fato de não ter contado com a presença constante do dentista na unidade. No primeiro mês da intervenção foi o período de férias do dentista e depois também não contamos com sua presença por motivos de cursos que está realizando como parte da sua preparação. Por este motivo os atendimentos foram afetados. O fato de não contar com o dentista da unidade durante os três meses completos da intervenção tem afetado principalmente os atendimentos odontológicos para primeira consulta neste serviço, o que afetou definitivamente a cobertura de atendimento neste sentido. Apesar desta dificuldade, as orientações sobre saúde bucal e a avaliação sobre a necessidade de atendimento odontológica foram realizados por os demais membros da equipe.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação ao fechamento da planilha de coleta de dados, não temos dificuldades significativas sendo que foi possível realizar a maioria das atividades previstas nos atendimentos com os idosos. A coleta de dados sobre os atendimentos de cada semana foi feita sem dificuldade através da planilha de coleta de dados, a qual foi um instrumento fundamental para coletar os dados dos usuários a cada semana. Os atendimentos ocorreram durante todas as semanas da intervenção. Como debilidade podemos destacar que no início da intervenção a unidade não contava com registro do programa, mas esta dificuldade foi superada com a confecção do novo registro. Outro instrumento muito valioso com que contamos durante toda a intervenção foram os diários, que foram confeccionados a cada semana da intervenção onde foram passadas todas as informações relativas à intervenção. Neste instrumento foram descritas tanto as facilidades quanto as dificuldades enfrentadas durante o trabalho, assim como os atendimentos e atividades realizadas. Também os registros fotográficos foram um instrumento importante que possibilitou ilustrar alguns momentos da intervenção utilizando sempre o termo de consentimento para uso deste instrumento. Foram utilizados os livros registros para a organização do programa e levar o controle das consultas e procedimentos pendentes de cada idoso.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Considero importante destacar que, apesar das dificuldades, muitos são os pontos positivos desta intervenção para a equipe. De maneira geral a equipe tem acolhido muito bem este trabalho, sendo incorporado, de maneira permanente, na nossa rotina diária e no nosso processo de trabalho. Tem ajudado a unir a equipe na realização das atividades e também superando a nossa preparação profissional. As atividades de cadastramento, de visitas domiciliares, os agendamentos e as atividades educativas já são parte de nosso trabalho diário. A intervenção também tem ajudado para organizar o fluxo de pacientes na unidade de saúde assim como a

organização das agendas de trabalho de todas as ações programáticas que atendemos.

A equipe já tem conhecimento sobre a importância da continuidade desta intervenção com a finalidade de melhorar os indicadores e, portanto, conseguirmos alcançar as metas e objetivos que foram propostos para esta intervenção e chegar aos 100% de cobertura de atendimento. Os profissionais se encontram motivados e dispostos a continuar o trabalho, e cada dia o esforço é maior neste sentido. Aspiramos implantar a intervenção às demais ações programáticas. Sendo assim após a coleta dos dados dos três meses da intervenção, a equipe continuou com a coleta de dados na planilha. Continuamos com a confecção dos diários para o registro dos aspectos significativos de cada semana de trabalho. As visitas domiciliares para idosos que precisam desta atividade também estão sendo realizadas para continuar com nossa intervenção e melhorar os indicadores que não alcançaram os resultados esperados. Durante os atendimentos clínicos continuamos realizando o preenchimento das fichas espelho para ter o registro de todos os procedimentos realizados e poder realizar o monitoramento das atividades, o qual também continuamos realizando. Temos aspiração de implementar uma nova intervenção na unidade de saúde relacionada com o Programa de Saúde da Criança.

4Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A UBSF N-42 tem uma população total cadastrada de 3834 usuários. Destes usuários, de acordo com cadastro que foi realizado no ano 2013, a unidade contava com 250 usuários maiores de 60 anos cadastrados, sendo este um cadastro mais atualizado. A estimativa de idosos de acordo o total da minha população é de 383 idosos na área de abrangência. Com base nesta estimativa foi desenvolvida a intervenção no Programa Saúde do Idoso com o objetivo de melhorar o atendimento para este grupo populacional na UBSF N-42, e também para ter um cadastro atualizado desta faixa etária.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atendimento do Programa Saúde do Idoso.

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Para ampliar a cobertura de atendimento dos idosos da área foi proposta como meta ampliar a cobertura para 80%. No primeiro mês da intervenção foram cadastrados 8,9% (34 idosos). No segundo mês foram cadastrados 16,4% (63 idosos). O indicador de cobertura do programa durante no terceiro mês de intervenção atingiu um total de 128 idosos alcançando ao final deste período da intervenção uma cobertura de 33,4%.

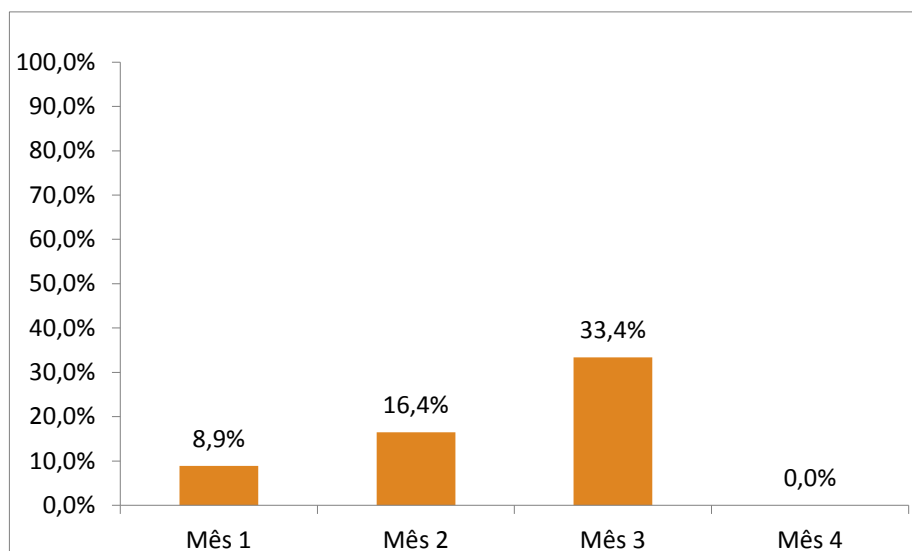


Figura 12. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBSF N-42.

Ao começar a intervenção na unidade não existiam registros exatos de quantos idosos estavam sendo incluídos no programa. Conseguimos, nestes três meses, começar o acompanhamento de 128 idosos ao longo da intervenção. Podemos dizer que neste aspecto melhoramos muito sendo que foram atendidos e cadastrados grande número de idosos no período.

Vários têm sido os fatores que tem influenciado para não alcançar a meta proposta em relação à cobertura. Primeiramente, destaco que durante todo o trabalho desenvolvido a falta constante dos agentes comunitários de saúde da unidade tem sido uma das principais dificuldades que temos enfrentado durante toda a intervenção. Foi possível realizar a intervenção com a presença de apenas dois destes profissionais. As estratégias traçadas foram para realizar o trabalho de todas as micro-áreas com dois agentes comunitários disponíveis. Estes profissionais são de muito valor para realizar este trabalho e, portanto, para obter melhores resultados neste sentido. Eles constituem um ponto de enlace fundamental para o desenvolvimento de todas as atividades previstas no projeto. Apesar desta dificuldade, considero importante destacar, mais uma vez, que os profissionais da equipe presentes na intervenção estão muito inseridos nas atividades, o que me deixa muito contente, apesar de não ter obtido a meta de cobertura proposta até o momento.

Têm sido muitas as estratégias traçadas pela equipe para conseguir atingir as áreas que estão descobertas e, assim, melhorar a cobertura. A equipe

intensificou as atividades de busca na comunidade com o objetivo de conseguir cadastrar todos os idosos da área e ter um cadastro atualizado da população idosa da área que atendemos a fim de melhorar o indicador de cobertura. Com os agentes comunitários presentes na unidade estamos realizando o trabalho também nas áreas descobertas até este momento. Considero que ainda temos que continuar as atividades com a finalidade de integrar ainda mais a equipe neste processo.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção do Programa Saúde do Idoso na unidade.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Em relação a este indicador, a meta proposta foi atingida sem dificuldade. Para os 128 idosos atendidos neste período de três meses, foi feita a avaliação multidimensional rápida alcançando 100% neste indicador. No primeiro mês da intervenção foram avaliados os 34 idosos cadastrados (100%), no segundo mês foram avaliados os 63 idosos cadastrados (100%) sendo dos idosos avaliados e no último mês da intervenção foram cadastrados e avaliados 128 idosos (100%). Mediante as consultas médicas desenvolvidas durante todas as semanas da intervenção foi possível realizar esta avaliação para todos os idosos atendidos. As atividades de capacitação antes da intervenção foi uma ferramenta fundamental para realizar esta avaliação para todos os idosos atendidos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Neste indicador foi atingida a meta de 100%, sendo que para os 128 idosos atendidos foi realizado o exame clínico apropriado, incluindo o exame físico adequado e apropriado para os idosos portadores de diabetes mellitus. No primeiro mês da intervenção foram avaliados com exame clínico 100% (34) dos idosos. No segundo mês foram avaliados 100% (63) dos idosos e já no último mês da intervenção foram avaliados também 100% dos idosos, finalizando a intervenção

com 100%(128) idosos avaliados. Para todos os idosos atendidos foi realizado o exame clínico completo no momento da consulta tanto médica quanto de enfermagem. Também para os idosos diabéticos foi realizado exame dos pés e pulsos pela importância de realizar este tipo de exame para usuários portadores de DM. Para a equipe foi prioridade realizar este exame em todos os atendimentos que foram realizados. As atividades de capacitação da equipe permitiram realizar estes exames de maneira mais adequada para todos os idosos. Durante a intervenção foi diagnosticado uma idosa diabética com lesão de pé diabético no pé direito de pequeno tamanho, para o qual foi realizado o encaminhamento e acompanhamento necessários e conseguimos a cura completa da lesão.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Durante o período da intervenção foram solicitados os exames complementares periódicos para 100% dos idosos hipertensos e diabéticos atendidos. No mês um da intervenção, 100% (30) dos idosos hipertensos e diabéticos tiveram exames complementares periódicos realizados. No mês dois da intervenção este indicador teve um resultado de 96,4% (53), sendo que foram dois idosos que faltaram à consulta, mas para o mês seguinte foi possível, através da busca ativa feita pelos ACS, atualizar este indicador para conseguirmos o resultado de 100% (92) no final da intervenção.

Uma das facilidades com que contamos neste sentido é o fato de realizarmos os exames laboratoriais em um dia da semana na unidade de saúde, o qual facilitou a realização dos mesmos, sendo organizada a atividade de agendamento para estes idosos na mesma unidade.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Neste indicador conseguimos atingir 100% dos resultados. Para todos os idosos atendidos foram prescritos os medicamentos que a farmácia popular

disponibiliza. No primeiro mês da intervenção 34 dos idosos foram prescritos medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 63 dos idosos foram prescritos os medicamentos da farmácia popular, ao igual que no terceiro mês atingindo 100% dos idosos atendidos, sendo atendidos no final da intervenção 128 idosos. Foi prioridade da equipe a prescrição de medicamentos da farmácia popular para os idosos.

Contamos na unidade com uma farmácia onde são fornecidos para os idosos a maioria dos medicamentos de uso esporádico e também de uso regular, o que fez com que atingíssemos esta meta.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Até este momento da intervenção foi possível realizar o cadastro e atendimento para 11 idosos durante a intervenção, sendo 4 no primeiro mês, 6 no segundo mês e 11 no terceiro mês, atingindo um 100% dos idosos ao final do terceiro mês.

Os idosos que foram atendidos com problemas de locomoção estão sendo acompanhados na unidade de saúde através de visitas domiciliares feitas por os agentes comunitários além das consultas médicas periódicas. Todos os idosos são pertencentes à área de saúde. O cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção foi possível de ser realizado sendo que contamos com a facilidade de fazer este trabalho através dos agentes comunitários e as visitas domiciliares. Apesar desta facilidade considero importante ressaltar que contamos com a debilidade de contar apenas com dois destes profissionais na unidade de saúde para a realização deste tipo de atividade.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Durante a intervenção foi possível realizar a visita domiciliar, e o exame clínico correspondente a 100% dos idosos com problemas de locomoção ou

acamados cadastrados na área de saúde. Apoiados no trabalho e a disposição dos agentes comunitários de saúde foram realizadas estas visitas domiciliares onde foram realizadas todas as atividades possíveis que contempla a intervenção. No primeiro mês da intervenção foram visitados os 4 (100%) idosos cadastrados com problemas de locomoção. No segundo mês foram visitados os 6 (100%) idosos cadastrados no programa e no último mês da intervenção foram visitados ao domicílio os 11 (100%) idosos cadastrados no programa.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Os 128 idosos atendidos na unidade de saúde tiveram verificação da pressão arterial na última consulta, representando 100% idosos cadastrados nos três meses de intervenção. No primeiro mês da intervenção, 34 (100%) idosos atendidos tiveram verificação da pressão arterial, no segundo mês os 63 (100%) e no terceiro mês 128 (100%) dos idosos atendidos na intervenção tiveram este procedimento realizado.

Este é um procedimento que é feito para todos os idosos, como parte das atividades de triagem por parte dos técnicos de enfermagem da unidade, e é um procedimento que também é feito prioritariamente. Através da realização deste procedimento foi possível diagnosticar 5 idosos com hipertensão arterial sistêmica que desconheciam eram portadores desta doença. Para eles foram feitos os exames laboratoriais correspondentes, assim como o exame clínico e oferecidas as orientações necessárias.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Em relação a este indicador, no primeiro mês da intervenção, tivemos 76,9% (20) dos usuários hipertensos cadastrados rastreados para diabetes mellitus. No mês dois da intervenção, 75% (36) e no mês três da intervenção alcançamos 72,2% sendo que ao final da intervenção 57 idosos foram rastreados para DM. Na unidade de saúde fazemos o acompanhamento dos usuários portadores de diabetes mellitus

e\ou hipertensão arterial da comunidade, sendo realizadas as consultas na unidade todas as semanas.

Vale ressaltar, neste sentido, que o fato de ter atingido estes resultados não significa que os pacientes hipertensos não foram rastreados para diabetes mellitus. Estes resultados se devem ao fato de que destes usuários hipertensos existem também portadores de diabetes mellitus e, portanto, para estes idosos que são hipertensos e também com diagnóstico de diabetes mellitus não foi necessário realizar o rastreamento. Durante o período da intervenção foram diagnosticados três idosos com diabetes mellitus. Para estes idosos foram solicitados e realizados os exames laboratoriais correspondentes assim como o exame clínico apropriado.

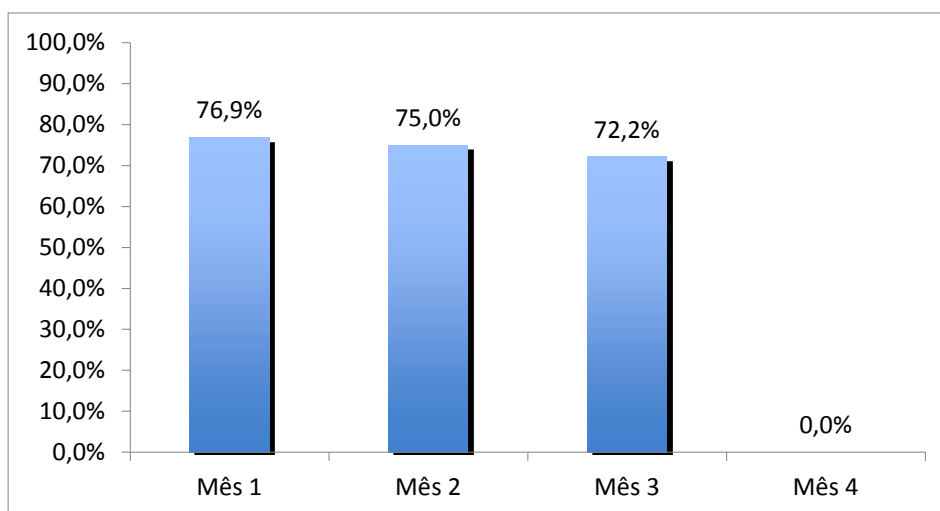


Figura 13.Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ao longo de toda a intervenção, 100% dos idosos atendidos foram avaliados em relação à necessidade de atendimento odontológico. Sendo assim foram avaliados os 128 idosos participantes da intervenção nestas doze semanas de trabalho. No mês um da intervenção foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico 34 (100%) idosos, no segundo mês foram avaliados 63 (100%) idosos e no último mês foram avaliados 128 (100%) idosos.

No momento da consulta médica é avaliada a necessidade de atendimento odontológico para o idoso atendido, e também é programada a consulta para ser atendido no serviço odontológico. Contamos com a estratégia de que em cada atendimento que é oferecido para estes usuários seja feita a avaliação neste sentido. Todos os profissionais da equipe participam desta atividade de avaliação.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Dos 128 idosos atendidos durante o andamento da intervenção conseguimos atingir 21,9% de atendimento odontológico em primeira consulta programática, sendo atendidos até este momento 28 usuários. No primeiro mês foram atendidos cinco idosos, 14,7% do total de idosos cadastrados. No mês dois foram atendidos 12 (19,0%) idosos, chegando no mês três a 28 idosos (21,9%) avaliados.

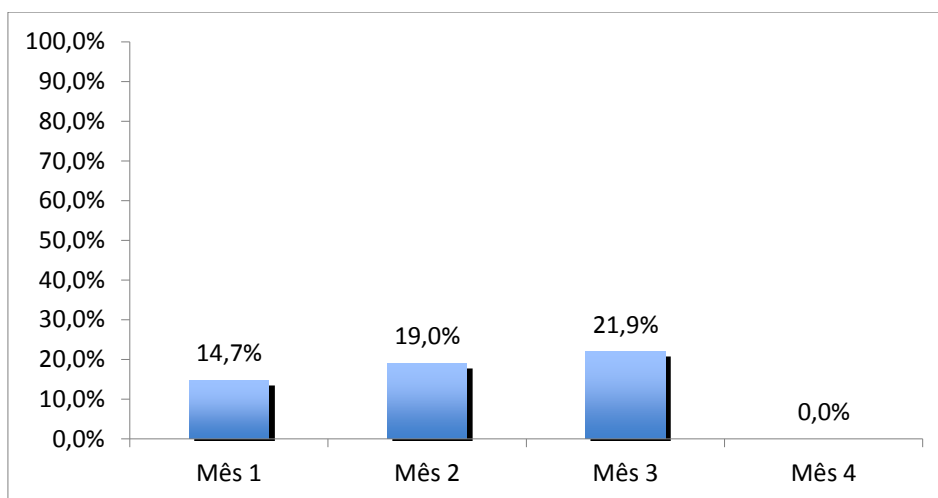


Figura 14. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Segundo este resultado, podemos destacar que ao longo da intervenção foi possível atender cada vez mais idosos, mas não foi possível alcançar os resultados esperados. Este resultado se deve ao fato de estarmos apresentando dificuldades durante a intervenção com este tipo de atendimento. O fato de não ter contado com a presença constante do dentista na unidade tem influenciado nos baixos resultados obtidos. No primeiro mês da intervenção foi o período de férias do dentista e depois em outros momentos da intervenção não contamos com sua presença por motivos

de cursos que está realizando como parte da sua preparação. Por este motivo os atendimentos têm sido afetados. Também se ressalta que a demanda deste serviço não é igual que para o resto das consultas da unidade, ou seja, não é a mesma quantidade de usuários que podem ser agendados para este serviço. Os principais problemas de saúde bucal encontrados nas consultas odontológicas são as doenças periodontais e candidíase da prótese. No sentido de melhorar estes problemas os idosos têm sido atendidos e orientados corretamente. As consultas odontológicas continuaram sendo programadas no sentido de melhorar este resultado e conseguirmos atender os idosos da área e melhorar a saúde bucal destes usuários.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso na unidade.

Meta 3: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Durante o primeiro e segundo mês da intervenção não tivemos faltosos às consultas programadas através dos agentes comunitários para os idosos da área. Já no mês três da intervenção dois idosos faltaram à consulta agendada, mas foi possível atender estes idosos sendo que foi feita a busca ativa através dos agentes comunitários. Assim, foi feita a busca ativa para 100% dos faltosos.

Contar com o trabalho dos agentes comunitários facilitou realizar esta atividade apesar de contar com poucos agentes para a realização da intervenção. Sempre estive entre as prioridades realizar a busca ativa para os idosos faltosos às consultas.

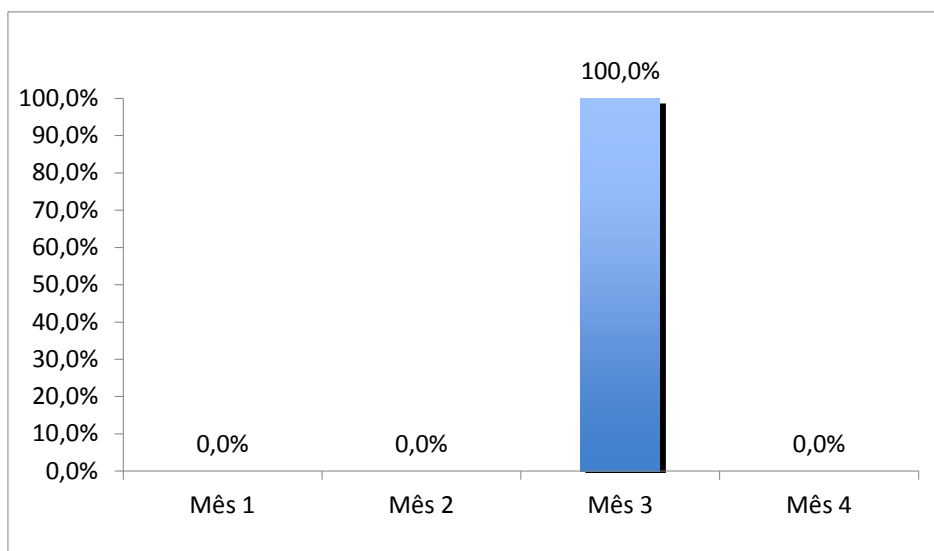


Figura 15. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações do programa.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Para 100% dos idosos atendidos até este momento tem sido atualizado o registro na ficha de acompanhamento individual assim como a ficha espelho correspondente ao programa. Os 128 idosos contam com ficha de atendimento e ficha espelho em dia. No primeiro mês da intervenção para os 34 (100%) idosos atendidos foi atualizada a ficha espelho e ficha de acompanhamento. No segundo mês da intervenção foi atualizada a ficha espelho e de acompanhamento dos 63 (100%) idosos e no terceiro mês esta atividade também foi realizada para os 128 (100%) idosos atendidos.

Em cada consulta que é oferecida para os idosos cada profissional que oferece o atendimento tem a responsabilidade de preencher os dados completos de acordo ao atendimento fornecido, tanto na ficha espelho do programa quanto na ficha de atendimento individual. Estes dados têm sido atualizados em cada consulta que é oferecida e são monitorados pela médica e enfermeira da unidade. Considero importante destacar que antes do início da intervenção a unidade não contava com a ficha espelho do programa e, portanto foi implementada e feita a mesma para todos os usuários atendidos o qual tem permitido monitorar melhor as ações realizadas durante a intervenção.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Para 100% dos idosos cadastrados foi fornecida a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa durante os três meses de intervenção. Durante o primeiro mês da intervenção para os 34 (100%) idosos atendidos foi fornecida e preenchida a caderneta de saúde. No mês dois foi oferecida a nova caderneta para os 63 (100%) idosos atendidos neste mês da intervenção e no terceiro mês para os 128 (100%) idosos atendidos neste período. Na unidade contamos com quantidade suficiente de cadernetas para ser distribuídas para todos os idosos. Estas cadernetas são fornecidas pelos gestores municipais sem dificuldade. Os dados são preenchidos pelos profissionais na hora da entrega da mesma.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Para todos os usuários atendidos durante a intervenção, foi realizada a avaliação de risco para morbimortalidade, sendo que foram avaliados os 128 usuários participantes da intervenção. No primeiro mês da intervenção foram avaliados os 34(100%) idosos atendidos em relação ao risco de morbimortalidade. No segundo e terceiro mês foram avaliados 63 (100%) e 128 (100%) idosos atendidos e cadastrados, respectivamente, em relação ao risco de morbimortalidade. Observamos que as principais doenças que afetam os idosos são a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, além de também apresentar artroses e doenças do aparelho urinário em alguns idosos principalmente do sexo feminino. Nos idosos homens observamos que as doenças prostáticas se apresentaram com frequência. Durante a intervenção foram diagnosticados dois casos novos de diabetes mellitus para os quais foram solicitados os exames laboratoriais necessários e foi feito o exame clínico correspondente. Foi avaliado também o risco de queda por fragilização ou por outros fatores de risco. Outro fator importante que constitui um risco fundamental é a obesidade, e dos idosos atendidos na intervenção foram avaliados muitos idosos com sobrepeso, segundo a avaliação de IMC para idosos.

Destes idosos com sobrepeso temos quatro idosos que estão sendo monitorados já que possuem uma obesidade de um IMC maior que 40Kg/m^2 . Para estes idosos foram oferecidas as orientações sobre saúde alimentar correspondentes e encaminhados para avaliação com nutricionista.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Também neste indicador foi possível atingir 100% de resultado em todos os três meses de intervenção, já que foi avaliada a fragilização na velhice para todos os idosos acompanhados. Durante o primeiro mês foram avaliados os 34(100%) idosos cadastrados e atendidos. No segundo mês foram avaliados em relação à fragilização os 63 (100%) idosos atendidos e no terceiro mês foi possível avaliar os 128 (100%) idosos atendidos e cadastrados no programa.

Em todas as consultas e visitas domiciliares realizadas durante a intervenção foi avaliada a presença ou não de fragilidade na velhice. Foi realizado o exame clínico correspondente realizando também o interrogatório para os idosos a fim de determinar a presença ou não de fragilidade. Foram considerados, neste sentido, os parâmetros relacionados com fragilização na velhice de acordo ao protocolo e a partir disso foi realizado o exame e interrogatório correspondente. Durante a avaliação, e segundo os parâmetros analisados, foram detectados 15 idosos com fragilização. Para estes idosos está sendo realizado o acompanhamento necessário através de consultas e visitas domiciliares periódicas através dos agentes comunitários com o objetivo de conhecer periodicamente sobre seu estado de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos do programa na unidade.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Foi feita a avaliação de rede social para o 100% dos idosos atendidos por parte dos profissionais da equipe. Desde o primeiro momento que o idoso é atendido na unidade de saúde está sendo avaliada a rede social, sendo que os atendimentos nos serviços de saúde como a UBS constitui um aspecto a avaliar na rede social do idosos. Em dependência das demandas do idoso, e dos problemas de saúde

apresentados, foram encaminhados para avaliação especializada em caso necessário para atenção em outras redes de saúde. Apesar de em algum momento ser encaminhado para avaliação secundária os idosos continuaram sendo acompanhado na unidade de saúde, além de oferecer atendimento no domicílio em casos necessários. Também foram avaliados o desenvolvimento social e o apoio familiar para os idosos nos momentos das consultas e nas visitas ao domicílio em aqueles casos necessários. Dos idosos atendidos durante o período da intervenção temos três idosos que moram sozinhos e, portanto, com uma rede social deficiente, recebem ajuda dos filhos que não moram com eles.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos do programa.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100%

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Neste indicador foi possível atingir 100% de resultado em todos os três meses de intervenção sendo que todos os idosos foram orientados sobre a adoção de hábitos alimentares saudáveis. No primeiro mês da intervenção para os 34(100%) idosos atendidos foram oferecidas orientações sobre hábitos alimentares adequados. No mês dois e três, 63 (100%) e 128 (100%)idosos receberam orientações para hábitos alimentares saudáveis respectivamente.

Através do trabalho de capacitação da equipe foi possível treinar a equipe para oferecer as orientações sobre uma alimentação saudável desde cada área de atuação e nas atividades coletivas. Contamos com a facilidade de ter realizado várias atividades educativas com os idosos atendidos pelo qual foram orientados neste sentido. Nestas atividades contamos com a participação ativa de todos os profissionais da equipe sendo que todos foram capacitados para a realização destas atividades. Também em cada atendimento individual foram oferecidas estas orientações.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Para este indicador também foram oferecidas para 100% dos idosos as orientações sobre a importância da realização de exercício físico de acordo com a idade. No primeiro mês foram oferecidas estas orientações para os 34(100%) idosos atendidos, no segundo mês foram orientados os 63 (100%) idosos atendidos e no terceiro mês também os 128 (100%) idosos atendidos foram orientados neste sentido.

Estas orientações sobre a prática de exercício físico foram oferecidas para todos os idosos em cada consulta realizada na unidade de saúde, como parte das orientações para uma saúde adequada. Também todos os profissionais da equipe tiveram participação no sentido de orientar os idosos neste aspecto através das atividades educativas oferecidas para os idosos da comunidade. As atividades de capacitação, através do protocolo de atendimento permitiu capacitar a equipe para oferecer as orientações adequadas neste sentido.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Em relação a este indicador podemos observar que os resultados obtidos não foram os esperados. No primeiro mês da intervenção foram orientados 6(17,6%) idosos, no segundo mês receberam estas orientações 11(17,6) idosos sendo que para o final dos três meses da intervenção foi atingido 49,2% com 63 idosos nas orientações sobre saúde bucal oferecidas.

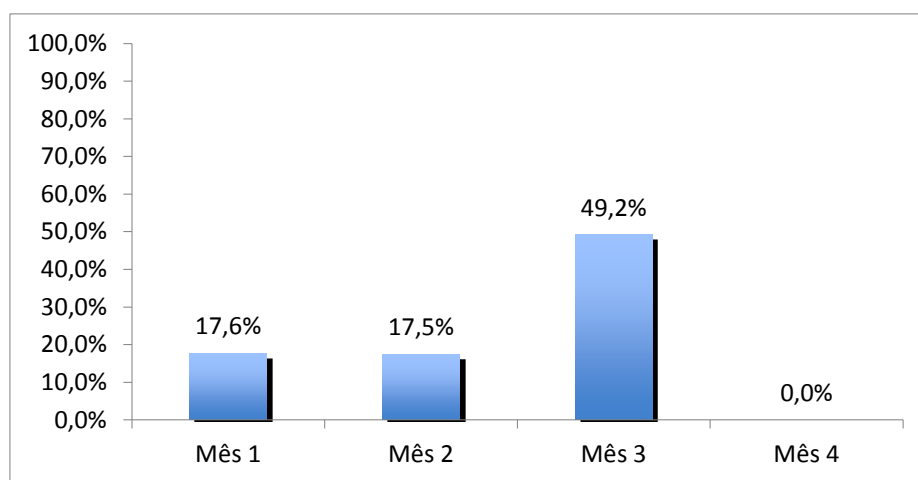


Figura16. Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Este resultado obtido não significa que estas orientações não foram oferecidas, sendo que todos os membros da equipe estão capacitados para realizar esta atividade e de fato estas orientações foram oferecidas para todos os idosos atendidos em todos os serviços da unidade e em todas as atividades realizadas desde o início da intervenção.

Este baixo indicador se deve ao fato de que no início da intervenção fui orientada para colocar a opção “não” no caso que o idoso não tenha recebido atendimento odontológico especificamente, já que segundo as orientações da coordenação do curso este indicador estava sendo calculado com os idosos que fizeram primeira consulta odontológica como denominador. Eles orientaram que o indicador nesta versão da planilha tinha um erro que seria corrigido para próximas turmas. Assim, de acordo com o cálculo do indicador, obtemos este resultado até o momento, mas as orientações de saúde bucal são oferecidas para todos os idosos, desde o início da intervenção, por todos os profissionais da equipe em cada consulta e em cada encontro que é realizado com estes usuários.

4.2 Discussão

A Unidade Básica de Saúde da Família N-42 possui uma equipe de saúde integrada por uma médica, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma ESB e seis ACS. Temos uma população adstrita de 3834 usuários na nossa área de abrangência. A equipe trabalha integrada com o objetivo de satisfazer as demandas da população. Durante um período de três meses foi desenvolvido um trabalho de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade e cobertura de atendimentos para a população idosa da área de abrangência. O trabalho de intervenção implementado na UBSF N-42 iniciou suas atividades no mês de janeiro deste ano. Neste trabalho desenvolvido tem participado só uma equipe de saúde, sendo que contamos com uma Estratégia de Saúde da Família na unidade onde atuo, portanto toda a população da área foi beneficiada com este trabalho. Todos os membros da equipe presentes no período participaram da intervenção de maneira ativa.

A intervenção possibilitou o aumento da cobertura de atendimento para os usuários idosos na unidade de saúde, onde todas as atividades realizadas foram focadas para este fim, além de melhorar a qualidade de todos os atendimentos oferecidos. Foi possível a elaboração e organização dos registros de trabalho para este grupo populacional, sendo possível também melhorar a qualificação da atenção no sentido de realizar um exame físico adequado para todos os idosos atendidos, determinando, desta forma, os riscos presentes neles. Foi possível integrar mais a equipe com todas as atividades desenvolvidas, sendo possível realizar um melhor trabalho na comunidade e na própria unidade de saúde.

É necessário destacar que a implementação da intervenção tem sido muito importante para a equipe. Foi possível realizar atividades de capacitação da equipe para a melhoria da nossa preparação profissional e do nosso processo de trabalho, sempre seguindo as recomendações e protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde referente à atenção à saúde do idoso. As atividades desenvolvidas durante a intervenção permitiram que a equipe integrasse o trabalho tanto da médica quanto da enfermeira, dentista, técnicos de enfermagem, agentes de saúde e pessoal da recepção da unidade. Também conseguimos que todos os profissionais conhecessem e realizassem suas atribuições. Aos agentes comunitários de saúde corresponde o trabalho de busca ativa na comunidade realizando agendamento e programação das consultas e visitas domiciliares para os idosos. As atividades de atendimento na unidade foram organizadas no sentido de melhorar o fluxo dos idosos para cada serviço da unidade. Ao profissional da recepção e aos técnicos de enfermagem corresponde o acolhimento destes usuários, realizando, após esta atividade, o agendamento ou atividade de triagem por parte dos técnicos. Corresponde à médica e enfermeira da unidade o atendimento clínico destes usuários com a avaliação clínica completa.

Com o desenvolvimento da intervenção conseguimos melhorar a organização do serviço em relação ao agendamento de consultas para os usuários, e assim atender melhor tanto a demanda espontânea quanto os usuários provenientes da busca ativa. Com a inserção da enfermeira nestas atividades também conseguimos melhorar a cobertura de atendimento para os idosos da comunidade. Também é importante dizer que estas atividades são parte do nosso trabalho diário. Antes do começo da intervenção não existia um registro específico para este grupo populacional. Conseguimos a elaboração do mesmo tornando possível assim um

melhor controle, monitoramento e priorização dos usuários idosos na unidade de saúde, portanto foi melhor implementado o Programa de Saúde do idoso.

A intervenção também tem tido impacto positivo na comunidade, pois temos evidenciado satisfação dos familiares e da população com o atendimento que estamos oferecendo para os idosos da comunidade. Mas é importante destacar que ainda não temos o impacto esperado sendo que falta conseguirmos que a comunidade perceba ainda mais a importância destas atividades e da priorização no atendimento para idosos. Temos continuado o trabalho de intervenção, mas apesar de ter conseguido aumentar a cobertura ainda temos idosos sem cobertura na comunidade. A comunidade também foi beneficiada já que com este trabalho está sendo melhorada a qualidade de vida dos usuários assim como a educação para a saúde. Também foi melhorado e reforçado o vínculo dos usuários com os membros da equipe de saúde.

Foi possível oferecer atendimento para 128 idosos da comunidade alcançando uma cobertura de 33,4% evidenciando-se que não foi atingida a meta esperada. Um dos fatores principais que tem influído para não alcançar a meta proposta foi a falta constante dos Agentes Comunitários de Saúde da unidade durante todo o trabalho desenvolvido. Foi possível realizar a intervenção com a presença de apenas dois destes profissionais os quais são de muito valor para a realização deste trabalho e, portanto, obter melhores resultados. Apesar deste resultado a equipe continua trabalhando nas atividades de busca ativa e de atendimento no sentido de melhorar os resultados. Com os agentes com que contamos, estamos tratando de cobrir as áreas descobertas e cadastrar todos os idosos da área no programa. O atendimento odontológico foi outro indicador que não atingiu os resultados esperados. Foram atendidos 21,9% (28 idosos) dos usuários atendidos. No primeiro mês da intervenção foi o período de férias do dentista pelo que neste período não foram oferecidos a quantidade de atendimentos esperados neste serviço para os idosos, e depois em outros momentos da intervenção não contamos com sua presença por motivos de cursos que está realizando como parte da sua preparação. Por este motivo os atendimentos têm sido afetados. Também se ressalta que a demanda deste serviço não é igual que para o resto das consultas da unidade, ou seja, não é a mesma quantidade de usuários que podem ser agendados para este serviço que para outras consultas da unidade de saúde. Continuamos com a programação das consultas odontológicas para estes usuários através dos

agentes comunitários por micro-áreas com a finalidade de melhorar estes resultados. Durante o segundo mês da intervenção tivemos dois idosos faltosos à consulta o qual foi possível recuperar em próximas semanas através da busca ativa feita pelos ACS. Outro indicador no qual não foi alcançado o resultado esperado foi o relacionado com as orientações sobre saúde bucal para os idosos. O resultado alcançado (49,2%) se deve a que no início da intervenção fui orientada, segundo orientações da coordenação do curso, colocar “não” no caso que o idoso não foi atendido em primeira consulta odontológica sendo que este indicador estava sendo calculado com os idosos que fizeram primeira consulta odontológica como denominador. Apesar deste resultado desde o início da intervenção para todos os idosos são oferecidas as orientações sobre saúde bucal adequadamente. A equipe continua com as atividades educativas no sentido de educar sobre hábitos saudáveis em relação à saúde bucal.

A intervenção poderia ter sido melhor se desde as unidades anteriores tivesse divulgado com mais frequência a importância do projeto que está sendo implementado. A comunidade deve conhecer sobre os benefícios de oferecer atendimentos de melhor qualidade para todos os usuários, assim como as prioridades de atendimento e os riscos neste grupo populacional que demanda cuidados e afeto. Com o conhecimento da população também é possível obter melhores resultados e melhorar o cuidado para todos os usuários.

Tendo em vista que a intervenção já faz parte da nossa rotina, as dificuldades enfrentadas têm que ser superadas para conseguirmos ampliar a intervenção para outras ações programáticas. Para melhorarmos a intervenção é necessário aumentar as atividades de divulgação sobre a importância desta atividade na comunidade, para assim conseguirmos que a população conheça sobre os benefícios e impacto destas na saúde dos idosos, suas famílias e na comunidade. Temos notado que nos indicadores de cobertura e de atendimento odontológico os resultados não foram os esperados. Assim, é preciso organizar e intensificar as atividades de busca ativa na comunidade e as atividades de programação e agendamento de usuários para atendimento odontológico.

Nas próximas semanas pretendemos, com a incorporação de mais uma agente de saúde, aumentar a cobertura de atendimento para idosos sendo que podemos cobrir mais uma área das que estavam descobertas até este momento. Também aspiramos, com a experiência deste projeto, implementar o mesmo para

outras ações programáticas e assim continuar aperfeiçoando nosso trabalho tanto na unidade quanto na comunidade com os usuários.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado realizamos uma reorganização no Programa de Saúde do idoso que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e poderá servir para todo o município.

Na unidade de saúde da família N-42 foi desenvolvida uma intervenção na comunidade com o objetivo de ampliar a cobertura de atendimento e a qualidade da atenção da população idosa da área de abrangência. O trabalho de intervenção desenvolvido na área adstrita à UBSF é um trabalho que forma parte do curso de especialização que estou desenvolvendo para minha qualificação profissional. O foco escolhido para realizar este trabalho de intervenção foi o Programa Saúde do Idoso sendo que na unidade é necessário aumentar a cobertura de atendimento para os idosos da comunidade e também para oferecer um atendimento com qualidade para os usuários maiores de 60 anos.

A primeira atividade desenvolvida foi a apresentação para a equipe de saúde do protocolo de trabalho que foi escolhido para realizar a intervenção, o qual foi o Caderno de Atenção Básica nº19 do Ministério da Saúde. Foi realizada com todos os membros da equipe atividades de capacitação para o conhecimento do protocolo de atendimento para idosos. Foi elaborado um cronograma para a realização das atividades da intervenção cada semana onde a participação da equipe foi muito boa e foram definidas as atribuições de cada profissional da equipe para o desenvolvimento da intervenção. Ao longo de três meses de intervenção foram desenvolvidas atividades educativas e de atendimento clínico que ajudaram a melhorar a nossa organização no serviço e o processo de trabalho, com a

participação de todos os membros da equipe. Foi um trabalho intenso que permitiu qualificar ainda mais nossas atividades diárias.

Conseguimos que todos os idosos cadastrados na intervenção portadores de hipertensão Arterial e diabetes mellitus tivessem os exames laboratoriais em dia sendo que na unidade de saúde este atendimento é oferecido todas as semanas pelo menos um dia. A totalidade dos idosos cadastrados possui Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa já que esta está disponível na unidade de saúde. Foi realizado para todos os idosos cadastrados e atendidos no programa um exame clínico integral e assim foi possível atualizar os prontuários individuais de todos os idosos. Também foi implementada a ficha espelho, a qual é uma valiosa ferramenta que permite realizar melhor monitoramento das ações realizadas e acompanhamento de saúde. Foi realizada visita domiciliar para todos os idosos cadastrado no programa com problema de locomoção ou acamados.

Durante este tempo da intervenção foi possível oferecer atendimento para 128 idosos da área representando 33,4% da população estimada para a intervenção. Foi possível realizar um exame clínico e uma avaliação clínica multidimensional adequada para 100% dos idosos conseguindo realizar os exames laboratoriais para todos os idosos hipertensos e diabéticos cadastrados durante a intervenção. Todos os idosos com problemas de locomoção cadastrados no programa foram visitados no domicílio. O atendimento odontológico também foi realizado, até o momento, para 21,9% dos idosos. Foram oferecidas orientações sobre adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis para 100% dos idosos atendidos, assim como para a prática de exercício físico de acordo com a idade.

A equipe tem ganhado em organização e qualificação com a intervenção que está sendo realizada. Contando com a ajuda dos gestores em relação à disponibilidade de recursos para o melhoramento da nossa qualificação e do serviço, se necessário, pretendemos nas próximas semanas, implementar a intervenção para outras ações programáticas. Com a ajuda da gestão foi possível entregar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para os idosos atendidos, além de que foi disponibilizado manutenção para os equipamentos utilizados para realizar a triagem dos idosos assim como outros procedimentos.

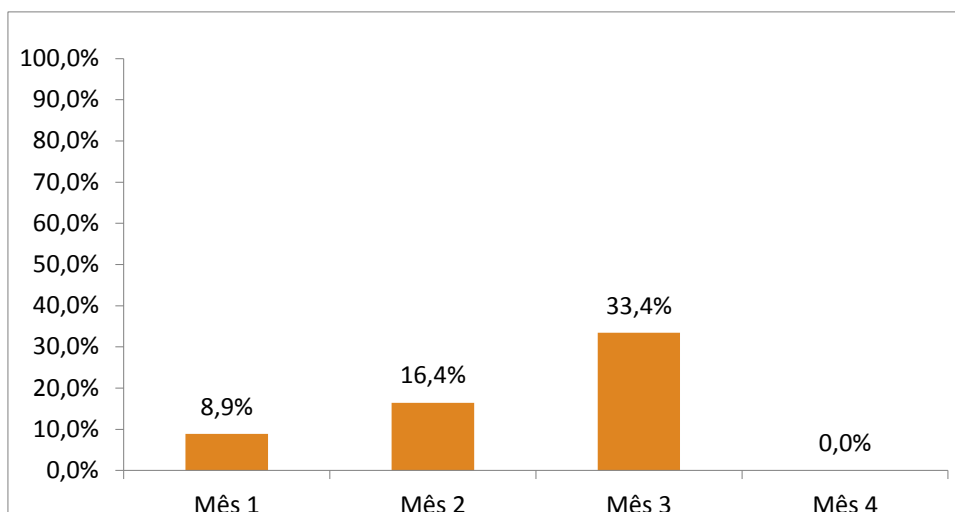


Figura 17. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBSF N-42.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Na unidade de saúde da comunidade foi desenvolvido um trabalho de intervenção com a população idosa da comunidade. Foi um projeto desenvolvido como parte de um curso de especialização que estou realizando para minha qualificação profissional. Durante um período de três meses foi realizada na unidade de saúde N-42 várias atividades dirigidas para ampliar a quantidade de pessoas idosas que estavam sendo atendidas na unidade de saúde. Também estas atividades foram realizadas com o objetivo de melhorar a qualidade dos atendimentos que são oferecidos na unidade de saúde para estes usuários.

Por estes motivos têm sido realizadas, tanto na unidade de saúde quanto na comunidade, atividades educativas e de atendimento clínico para cumprir os nossos objetivos.

As consultas médicas para os idosos da comunidade foram organizadas para um dia da semana, para realizar um atendimento prioritário para este grupo da população da comunidade e também para realizar consultas clínicas com maior qualidade. Estamos realizando atividades de educação coletiva com maior frequência. Foram realizadas várias atividades educativas onde foram tratados temas sobre doenças como hipertensão e diabetes, sobre cuidados de saúde bucal, sobre cuidados da saúde relacionados com hábitos alimentares adequados, sobre a

prática de exercício físico adequado e outros temas que também são de interesse dos idosos. Além das consultas clínicas, a realização de atividades educativas é de grande importância sendo que contribuem em grande medida a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas conseguindo educar os idosos para levar uma vida mais saudável e feliz. Foi realizado o exame clínico para todos os idosos assim como os exames laboratoriais. Foram atendidos durante a intervenção 128 idosos da área atingindo um 33,4% da população idosa. No atendimento odontológico também temos atendidos 21,9% dos idosos, mas o trabalho continua para lograr atender todos os idosos da área de saúde. Para todos os idosos foi entregue a caderneta de saúde da pessoa idosa e foram atualizadas as fichas de atendimento. Os registros para o controle do programa foram organizados o qual permitiu organizar também nosso trabalho na unidade.

É importante destacar que a comunidade adstrita, especialmente os usuários idosos, ganhou muito com a organização do serviço, com o agendamento de consultas para idosos e no agendamento de visitas domiciliares para os idosos com problemas de locomoção. As atividades de educação, que são muito importantes para o cuidado individual e coletivo, estão fazendo parte da rotina de nosso trabalho diário assim como os atendimentos clínicos. Durante este tempo considero importante ressaltar que as mudanças foram em sentido positivo e com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos usuários idosos da nossa comunidade.

Também é importante destacar que este processo de melhoria da qualidade da atenção de nossos usuários terá continuidade. Todos os membros da comunidade têm seu espaço na unidade para ser escutados e acolhidos pela equipe no sentido de melhorar nosso trabalho em conjunto com a comunidade.



Figura 18. Confecção de relatório para a comunidade na Unidade Básica de Saúde da Família N-42

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Considero que o curso Especialização em Saúde da Família é um grande processo de aprendizagem e uma experiência incomparável sendo que foi uma grande oportunidade poder realizar esta modalidade de ensino. Antes de começar o curso achava que esta modalidade de ensino a distância não iria dar certo já que um dos principais fatores era o idioma, mas ao transcorrer o tempo foram superadas as expectativas sendo que fomos aprendendo sobre o trabalho do curso e também, de certa maneira, aprendemos muito sobre a língua portuguesa, o qual também foi um grande aporte do curso.

O meu trabalho desenvolvido durante o curso, considerando todo este tempo de aprendizagem, tem sido muito positivo. O curso tem aportado para mim muitos novos conhecimentos e experiências. Em primeiro lugar foi muito bom conhecer sobre o Sistema de Saúde do Brasil, ou seja, sobre sua organização e funcionamento. Considero o Sistema Único de Saúde (SUS) um sistema muito organizado e integral. Por outra parte a experiência do trabalho na comunidade tem sido muito positiva também, sendo que tenho interagido de maneira direta com a população, e em conjunto com uma equipe de saúde, temos podido solucionar grande parte das demandas da mesma, o qual constitui uma grande satisfação.

A oportunidade de superação profissional tem sido um dos maiores aportes do curso. Tem sido uma grande ferramenta para o aporte de conhecimentos na área clínica para nossa prática profissional diária. Tem ajudado em grande medida para a organização do trabalho na unidade de saúde no sentido de aperfeiçoar o planejamento do processo de trabalho. Os conhecimentos adquiridos neste sentido têm ajudado ao melhor gerenciamento e organização das atividades desenvolvidas como parte de nosso trabalho tanto na unidade de saúde quanto na comunidade. Em fim tem ajudado muito para pôr em prática todo o aprendido. Considero que tem sido um grande desafio visto que o trabalho de prevenção e cuidado são nossa principal razão e o curso tem traçado o caminho a seguir.

O trabalho do curso durante todo este tempo tem sido muito intenso, mas muito educador e sempre aportando conhecimentos muito valiosos, por estas razões no meu caso particular tenho gostado muito do curso. Queria expressar meu grande agradecimento para as minhas orientadoras do curso pela ajuda e dedicação que

tem oferecido para mim durante todo este tempo, sempre estando a minha disposição para as dúvidas e para aperfeiçoar meu trabalho. Também queria agradecer a ajuda do apoio pedagógico que sempre esteve disposto para nos ajudar.

Tem sido muito bom compartilhar os conhecimentos adquiridos com meus colegas de trabalho e contribuir para oferecer um melhor atendimento à população. Transmitir minhas experiências em saúde da família para os colegas da equipe e aprender também com eles tem sido muito gratificante e sempre com o objetivo principal de qualificar a assistência oferecida.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Brasília, 2010
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2007. Caderno de Atenção Básica n. 19.
3. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasília, [2010]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

Anexo B- Planilha de coleta de dados

[illegible]



Especialização em
Saúde da Família
e Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Anexo C-Ficha espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não

Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Problemas de locomoção? () Sim () Não / É acamado (a)? () Sim () Não / DM? () Sim () Não / Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não

Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm / Osteoporose? () Sim () Não / Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual? _____

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante